

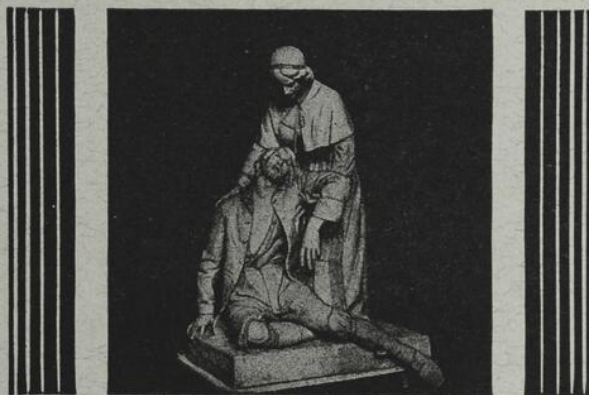
Numéro 3

Sixième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MAI-JUIN

1937



BONHEUR
et SUCCÈS

vous sont assurés si
vous travaillez assidû-
ment et économisez
avec méthode.

LA BANQUE D'ÉPARGNE

DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

FONDÉE EN 1846

COFFRETS DE SÛRETÉ À TOUS NOS BUREAUX

SUCCESSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

Numéro 3

Mai-juin 1937

PAGES INÉDITES DU PREMIER ÉCRIVAIN CANADIEN

Par LÉO PARISEAU,
de la Société historique de Montréal.

« Qui, ça? Jacques Cartier? » Non, ami lecteur, pas lui. Il est vrai qu'on a de lui un livre imprimé en 1545, où il est question de Gaspé, de l'Île d'Orléans, de Québec, du lac St-Pierre, du Mont-Royal et des rapides de Lachine, ce qui revient à dire qu'il connaissait mieux la Laurentie en 1537 que la plupart de ceux qui y végètent en 1937. Mais tu devras admettre qu'il est né et qu'il est mort de l'autre côté de la grande mare.

« Alors, Marc Lescarbot? Champlain? le Père Biard? frère Sagard? » Non, ceux-là sont aussi des Louis Hémon.

« Ah! J'y suis: Pierre Boucher. » Pas davantage, mon ami. Certes, Pierre Boucher a rendu l'âme chez-nous, mais pourquoi diable s'est-il avisé de naître à Mortagnes, en France? Éliminé.

Tu jettes ta langue aux chats? Tu veux savoir tout de suite? Alors, lis-moi ce petit article, que je suis allé dénicher dans notre *Bulletin des recherches historiques* (1931, vol. 37, p. 202):

LE PREMIER ÉCRIVAIN NÉ AU CANADA

L'honneur d'être le premier écrivain « né en Canada » ne revient-il pas à la modeste soeur Marie Morin, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui commence, le 29 juin 1697, la rédaction des annales de sa communauté sous ce titre sans prétention: « Histoire simple et véritable de l'établissement des religieuses hospitalières de Ville-Marie ».

Son oeuvre ignorée pendant longtemps est maintenant connue des chercheurs, des historiens, des bouquineurs, grâce à la Société historique de Montréal qui, en 1921, en a fait l'objet de son douzième mémoire, fort volume de 232 pages, table des matières et index non compris.

Soeur Morin avait déjà sa place dans notre histoire. Baptisée à Québec en 1649, elle entra chez les Hospitalières de Ville-Marie en 1662 et, deux ans plus tard, devenait la première religieuse canadienne de l'institution. Deux fois, en 1693 et en 1708, elle fut élue supérieure de sa communauté.

C'est à l'expiration de son premier terme d'office qu'elle fut chargée par ses compagnes d'écrire l'histoire de l'Hôtel-Dieu dont elle avait connu toutes les fondatrices.

Soeur Morin mourut en 1730 à l'âge de 81 ans. Autre détail: le frère de l'annaliste des Hospitalières, Germain Morin, né à Québec en 1642, est le premier Canadien ordonné prêtre en ce pays.

On a accordé le titre de premier écrivain canadien à d'autres qui, nés en France, sont venus très jeunes au Canada. Mais on ne semble pas s'être préoccupé de savoir quel était véritablement le premier né en Canada. Certes la chose ne peut avoir aucune importance et les mérites de l'humble religieuse ne sauraient être grandis du fait qu'on mettrait son nom en tête de la liste des enfants du sol qui ont laissé quelques pages de souvenirs historiques.

Tout de même, pourquoi ne pas reconnaître son droit, si ce droit lui appartient? Pourquoi ne pas rendre l'hommage à qui hommage est dû?

E.-Z. Massicotte.

Et voilà! Les années passent et personne n'a contredit Massicotte, que je sache. Il est possible que d'autres Canadiens ont écrit avant Soeur Morin, mieux qu'elle ou plus qu'elle, mais... ont-ils eu les honneurs de l'impression?

Un livre de 232 pages, cela commence à compter, n'est-ce pas? Or c'est loin d'être tout. Ceux qui ont l'avantage de posséder le

volume publié par la Société historique de Montréal croient généralement qu'ils ont en mains les « Oeuvres complètes de Marie Morin ». Le moment est venu de les détromper. Qu'ils sachent que la Société n'a reproduit que 209 pages du précieux manuscrit conservé à l'Hôtel-Dieu, alors qu'il en compte cent de plus.

A vrai dire le reste n'est pas toujours d'un intérêt palpitant. Toutefois je crois faire oeuvre utile en livrant aux curieux de notre histoire les pages qui suivent. Ça n'est peut-être pas de la grande littérature, mais c'est assurément du bon reportage.

On devra convenir que Soeur Morin savait s'exprimer, mais on ne se doutera guère, à lire ma version, qu'elle ignorait l'orthographe et qu'elle dédaignait la ponctuation.

Mon rôle d'éditeur s'est borné à reconnaître les droits de l'une et l'autre. Pas un mot n'a été changé. Quelques fautes de grammaire ont été corrigées; une quinzaine tout au plus. Pour ventiler le texte j'ai créé des paragraphes, un peu arbitrairement.

Je n'ai pas travaillé sur le manuscrit original, mais sur une copie faite par la soeur St-Stanislas. Cette bonne religieuse — que de cruelles infirmités éloignent de nos salles et de nos laboratoires — occupe une partie de ses loisirs forcés à dresser pour ceux qui voudraient s'y référer des copies fort exactes des principaux documents qui composent le trésor historique de l'Hôtel-Dieu. Tout le monde voudra se joindre à moi pour la remercier. Je dois aussi beaucoup à Soeur Mondou qui m'a fourni de très nombreux renseignements sur les religieuses nommées par Marie Morin au cours de sa narration.

A ces deux personnes pourraient se limiter mon remerciement si je n'avais eu, au dernier moment, l'idée d'annoter le texte. Comme bien on pense, le savoir qui s'étale au bas des pages n'est pas mien. A l'érudit E.-Z. Massicotte, qui a su trouver réponse aux questions les plus difficiles, je suis profondément reconnaissant. Sans lui ma documentation aurait été bien pauvre.

Le récit de Soeur Morin se continuera dans le prochain numéro du Journal. Comme il en sera fait un tirage à part, on voudra bien signaler les erreurs que j'ai pu commettre.

Petit recueil de ce qui s'est passé quand notre monastère brûla, le 4 février de l'année 1695,

entre les trois à quatre heures du matin, sans qu'on ait jamais pu savoir au vrai qui avait causé ce grand incendie, quelque examen qu'on ait fait pour cela.¹ Plusieurs ont cru que le feu fut mis par dehors, ce qui était facile à faire, à cause de la situation du bâtiment de notre vieille église, qui était sur le bord de la grande rue St-Paul.²

Une personne de nos amis, digne de foi, prêtre du Séminaire des Seigneurs,³ m'a dit que s'étant levé la nuit entre minuit et une heure, il avait vu du feu dans le clocher de la dite église et cru que le garçon de l'Hôpital y était monté pour quelque nécessité, ne faisant alors réflexion que c'était une heure indue.

La sentinelle qui gardait les portes de Monsieur notre Gouverneur⁴ vit aussi le feu dans le même temps, qui s'augmentait⁵ toujours, sans qu'il lui vînt en pensée que le feu pût brûler notre maison jusqu'à ce qu'il vit la flamme sortir dehors par le pignon

¹ Trois incendies ont ravagé les bâtiments de l'Hôtel-Dieu depuis sa fondation, il y aura bientôt trois siècles. Nous savons que celui de 1721 fut allumé par un arquebusier qui, au cours d'une fête, tourna son arme du côté de l'église au lieu de tirer en l'air, mettant ainsi le feu à la couverture en bardeaux de cèdre. En 1734, une négresse ayant résolu de s'enfuir avec son amant, mit le feu au logis de la veuve Francheville, chez qui elle servait. L'incendie se communiqua aux maisons voisines. L'Hôtel-Dieu y passa, de fond en comble. Il semble bien que l'on ignorera toujours la cause du premier incendie.

² Pendant plus de 200 ans l'Hôtel-Dieu a conservé le même emplacement, à l'angle actuel nord-est des rues St-Paul et St-Sulpice. Il y a 76 ans, il s'est transporté avenue des Pins, au Mont-Sainte-Famille.

³ « Nos Messieurs » de Saint-Sulpice devinrent les seigneurs de l'Île de Montréal en 1663.

⁴ Le chevalier de Callières (1646-1703). Il était gouverneur de Montréal depuis 1685. En 1699, après la mort de Frontenac, il devint gouverneur-général du Canada.

⁵ Soeur Morin écrit que le feu « s'ocmantet » toujours. Orthographe plus que phonétique, n'est-ce pas?

de la dite église, du côté de la rue St-Paul, qui était fort embrasée dans la couverture, ce qui le fit crier au feu de toute sa force.

Mais comme tout le monde dormait personne l'entendit, ce qui l'obligea de venir frapper fortement à la porte de l'Hôpital. L'infirmier et plusieurs malades convalescents sortirent dehors dans la cour et crièrent au feu d'un grand courage.

Ma Soeur Maumusseau ⁶ qui était au bout du dortoir, entendit leur voix. Sortant de sa cellule bien effrayée et courant le long du dortoir, cria tant qu'elle pouvait: « Nous brûlons, mes soeurs, nous brûlons! levez-vous vite et vous sauvez! » — Je ne crois pas que la cloche du réveil nous eût fait lever aussi promptement que sa voix.

Je fus des premières qui l'entendirent, et sortis dehors, et vis la charpente et couverture de notre église en feu d'un bout à l'autre, ce qui m'effraya beaucoup. Je rentraï dans la maison pour m'habiller avec bien de la peine, à cause qu'on m'avait lié les bras de bandelettes le soir d'aparavant.⁷ Quelques-unes de nos soeurs, des plus diligentes, coururent à l'église pour sonner le tocsin, et furent bien étonnées d'en voir tomber la corde en feu, sans qu'il en parût dans tout le bas ni dans le vieil hôpital qui la joignait, ce qui a confirmé le sentiment et paroles de ceux qui ont dit que le feu a été mis par le plus haut de la maison et (que), si nous avions été secourues, notre monastère n'aurait point brûlé; d'autant qu'il y avait environ dix à douze pieds d'espace entre le vieil hôpital, et son église et notre bâtiment neuf, ce qui aurait été suffisant pour nous garantir, si des hommes de hache et de scie fussent venus à nous.

Mais nos voisins les arrêtaient, craignant ⁸ de brûler aussi par ce feu, et ne laissaient venir à nous que les officiers, qui étaient

⁶ Françoise Maumusseau, décédée le 16 janvier 1704, âgée de 53 ans. Professe de la maison des Hospitalières de St-Joseph à Beaufort-en-Vallée (France), elle arriva à Montréal le 1er août 1681. Elle remplit les premières charges et fut supérieure de 1696 à 1702, succédant à Soeur Morin.

⁷ Aux deux bras. Blessures ou douleurs rhumatismales?

⁸ La copiste a lu *creyant*. Peut-être faut-il opter pour *crégnant*? L'une ou l'autre interprétation serait acceptable ici; mais le mot reparait plus loin dans le manuscrit, et cette fois-là notre version semble devoir s'imposer.

pleins de bonne volonté de nous secourir, mais tout à fait incapables de faire ce qu'il fallait pour cela. Ce qui fait connaître que l'arrêt du Ciel était prononcé et que nous devions passer par ce feu sans aucune réserve.

Deux hommes fort laborieux et adroits, domestiques de notre Communauté, qui avaient accoutumé de travailler dans nos cours journallement, furent coucher à notre ménagerie de St-Joseph le soir d'auparavant, qui est à demi-lieue de la ville,⁹ ce qui nous priva du grand secours qu'ils nous auraient donné en cette occasion. Plusieurs ont cru qu'eux seuls auraient coupé le chemin au feu et sauvé notre monastère. Mais Dieu ne voulut pas.

Vous pouvez, mes très chères soeurs qui lisez ceci ou l'écoutez lire, juger en quelles dispositions intérieures nous étions toutes, particulièrement celles qui sont le plus chargées de la Maison, comme la Supérieure et premières officières, de nous voir à un moment près de perdre ce que le Seigneur nous avait donné; d'être sur le pavé, dénuées de tout,¹⁰ au nombre de trente filles, et cela faute de secours

⁹ « Habitation et dépendances servant à l'exploitation du fief de St-Joseph, donné à Jeanne Mance pour les pauvres. Sur le territoire de ce fief se trouvent aujourd'hui les paroisses de Saint-Joseph et de Ste-Cunégonde ». (Mémoires de Soeur Morin, édition de 1921, note au bas de la page 9). — M. E.-Z. Massicotte nous conseille d'accepter cette note sous bénéfice de contrôle. Peut-être la corrigera-t-il; de toutes façons il y ajoutera.

¹⁰ Voici, d'après l'historien Faillon, quelle était la situation financière des Religieuses au moment où elles se décidèrent à rebâtir le premier Hôtel-Dieu, devenu inhabitable par vétusté: « Après la mort de Mademoiselle Mance l'administration du temporel des pauvres devint pour les Filles de Saint-Joseph le sujet de graves inquiétudes. Ce temporel se trouvait réduit presque à rien depuis les pertes que l'Hôtel-Dieu avait éprouvées; et des 3000 livres de rentes assignées par Mme de Bullion pour sa dotation, il ne restait plus alors que 800 livres de revenu annuel, et 400 livres que produisaient les cent arpents de terre. L'Hôtel-Dieu était d'ailleurs chargé de 3000 livres de dettes en Canada, sans parler encore des dettes qu'il avait en France ». — Ecrivain en France en 1688, Mgr de Saint-Vallier signalait que les hospitalières, n'ayant que onze ou douze cents livres de rente, dépensaient « 7 à 8000 francs chaque année ». Il est vrai que le Roi accordait deux gratifications annuelles de 1000 livres, mais le déficit n'en demeurait pas moins considérable. De généreux donateurs permirent la reconstruction, et les religieuses entrèrent, en novembre 1694, dans une maison toute neuve.

que nos amis prenaient pour eux, par des terreurs paniques et mal fondées.

Oh! que ces moments furent douloureux. Il faut l'avoir senti pour le croire. Pendant cet intervalle, le garçon des salles¹¹ avec les malades mieux portants sauvèrent leurs lits et ce qui se trouva dans les salles, les mettant dans la neige au milieu de la cour. Puis, ouvrant de force la porte de l'apothicairerie,¹² portèrent la plus grande partie des pots et flacons dans la cour de Monsieur de Callières, qui était tout proche de l'hôpital.¹³ Lequel ordonna au soldat qui était en sentinelle à sa porte de garder soigneusement ce qu'on y mettrait, et qu'on n'y fît point de tort.¹⁴

Cela n'empêcha pas que plusieurs friands, croyant boire des sirops et de bon vin, prirent des médecines et vomitifs qui les purgèrent à excès, les ayant pris sans mesure. D'autres mangèrent divers

¹¹ Plus loin Sr Morin nous parle de « l'infirmier Lafrance ». S'agit-il du même? Si le registre des recettes et dépenses pour l'année 1694 nous restait, je pourrais peut-être répondre à cette question. Le plus vieux livre de comptes qui nous soit parvenu date de 1698 et va jusqu'à 1725.

¹² Ici Sr Morin écrit: *lapotiquererie*. Ailleurs, à la page 198 de son manuscrit, l'on trouve: *la portiquerie*. Parmi ceux qui vont faire des gorges chaudes en lisant ces notes, j'en connais qui savent épeler mais ne savent pas écrire — *Apothicaiererie* était courant au dix-septième siècle. Le Glossaire du parler français au Canada prétend que l'on a commencé par dire *apothicaierie*. Le certain, c'est que l'officine du pharmacien d'autrefois ne s'appelait pas une *pharmacie*. Quand ce n'était pas l'apothicairerie c'était la boutique, tout simplement. Bien entendu, le mot pharmacie était usité au sens qu'on lui trouve dans la phrase suivante: « La connaissance des drogues simples est d'une nécessité indispensable aux Apothicaires, c'est par là qu'ils doivent commencer lorsqu'ils embrassent la Pharmacie ». (Dict. de Lémery, éd. 1727.)

^{13, 14} La résidence du Gouverneur était assez éloignée de l'Hôpital. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner les vieux plans. D'autre part, tout à côté des bâtiments de l'Hôtel-Dieu se trouvait le corps de garde de la garnison montréalaise. Nous pensons que la sentinelle à laquelle Soeur Morin fait allusion n'était pas celle qui devait être chargée de veiller sur le Gouverneur, mais plutôt celle qui était en faction au corps de garde. Si oui, ce sont des soldats qui pillèrent la pharmacie de l'Hôpital. Pardonnons-leur, puisqu'ils ont . . . expié.

électuaires¹⁵ pour des confitures, qui firent le même effet; ce qui prêta bien à rire à ceux qui le surent.

Nos pauvres malades étaient fort bien en linges, étant¹⁶ un meuble des plus nécessaire pour leur couverture, qui fut presque tout perdu à cause qu'il était au second étage de la maison, et qu'ils craignirent de se trop risquer en y allant. Sans raison, pourtant, le feu n'y ayant pris (que) après un grand intervalle, le bâtiment était séparé de la vieille église d'un petit espace.

Nos soeurs hospitalières et apothicaires¹⁷ étant un peu revenues de leur effroi, coururent au secours de leurs offices. Il n'y eut que la dépositaire de l'hôpital, qui y fut trop tard après les autres, et qui perdit tous les papiers, livres de comptes, et ce qui était dans son dépôt. Ce qu'on a beaucoup regretté.¹⁸

Je viens au dedans de notre Monastère. Toutes nos soeurs furent bien en état de sortir dehors. Chacune courait de son côté. Une des plus alertes vint prendre les clefs des portes de la Supérieure, et n'en ouvrit aucune, tant elle était transportée.¹⁹ Ce qui obligea les plus effrayées de sortir par une fenêtre, et les personnes du dehors de les enfoncer avec des haches et des bûches.²⁰

¹⁵ Solides ou liquides, les « électuaires » avaient souvent fort bon goût, car ils contenaient de grandes quantités de sucre, de miel, de vin, etc.

¹⁶ Il faut lire: comme il y avait un meuble . . .

¹⁷ Le féminin des noms de personnes en *eux* était primitivement *is* qui fut remplacé par *esse*. On en vint à dire: chanteur, chanteresse; menteur, menteresse. Au 15^{ème} siècle l'*r* finale de chanteur et autres mots pareils s'étant amuïe, les mots en *eur* furent confondus avec les mots en *eux*, et prirent leur féminin. Soit: chanteur, chanteresse. L'ancien féminin *eresse* n'a guère survécu. Les hommes de loi, les techniciens et les poètes s'en servent encore un peu. (D'après le Dictionnaire de Hatzfeld et Darmesteter.) Apothicairesse vaut bien doctoresse.

¹⁸ Le trésor historique de l'Hôtel-Dieu, assez riche par ailleurs, ne contient pas le plus petit écrit de la main de Jeanne Mance. Tous les papiers de la fondatrice disparurent, probablement, au cours de l'incendie de 1695. On sait que son coeur, déposé dans l'église, fut réduit en cendres.

¹⁹ Au psychique cette brave femme s'apparente à ceux qui, lors d'un incendie, jettent les pendules par la fenêtre et descendent les matelas par l'escalier!

²⁰ Les fenêtres, bien entendu. Le style de Soeur Morin est inélégant, mais il est presque toujours fort limpide. Il ne peut s'agir ici que d'une distraction.

Peu après arrivèrent trois pères Récollets ²¹ qui nous furent d'un grand secours. Le R. P. Joseph Denis, ²² leur supérieur, prit le Très Saint Sacrement et le porta en la maison de Monsieur Arnaud, ²³ marchand. Ma très honorée soeur Le Jumeau ²⁴ le suivit, et demeura en prières dans cette maison en Sa présence jusqu'au grand jour, quand on nous rassembla.

Le R. P. Guillaume ²⁵ sauva la farine, qu'il portait à pleins sacs sur ses épaules, travaillant comme un mercenaire et nous rendit grand service. Le troisième (père) aussi. On peut dire qu'ils s'exposèrent au feu pour nous en retirer.

Plusieurs de nos soeurs signalèrent leur courage et présence d'esprit, qui, avec peu de secours du dehors, sauvèrent la plus grande partie du linge et ornements de la sacristie. Ce furent mes soeurs

²¹ En 1670 Jean Talon ramena les Récollets au pays, après quarante années d'absence. Ils ne vinrent à Ville-Marie qu'en 1692, se logèrent d'abord chez les Sulpiciens, eurent couvent et église en 1693. C'est quelque dix mois avant l'incendie de l'Hôtel-Dieu qu'eut lieu, dans l'église des Récollets, la « chicane du priedieu » entre Mgr de Saint-Vallier et M. de Callières.

²² Le Père Joseph Denys de la Ronde était canadien, croit-on. Il mourut en 1742 Il fut le supérieur, ou, comme on disait en ces temps-là dans leur ordre, le gardien des récollets de Montréal.

²³ A partir de 1692 et jusqu'en?..... le marchand Jean Arnaud fut syndic ou « père temporel » des Récollets de Montréal. La Règle obligeait les ordres mendiants à confier la gestion de leurs affaires d'argent à quelqu'un du dehors.

²⁴ Renée le Jumeau des Perrières, dite de Lanaudière, naquit au Mans, de parents nobles. Elle entra au monastère de la Flèche (en Anjou) le 27 septembre 1644. Elle arriva à Montréal le 1er novembre 1669, y prononça ses vœux solennels le 28 octobre 1671, fut élue quatre fois supérieure, et décéda le 25 mai 1709, âgée de 92 ans. — Dans la partie déjà publiée des Mémoires de Soeur Morin, l'on trouve plusieurs allusions à Soeur LeJumeau. — Dans la partie restée inédite, 32 pages lui sont consacrées. (Pp. 210 à 242). Je les ai lues et puis déclarer que presque toute cette esquisse biographique se rapporte à la vie de Renée Le Jumeau avant sa venue au Canada. C'est pourquoi ces pages ne seront pas livrées au public. — MM. Fauteux, Massicotte et Bertrand, qui ont collationné le Journal de Soeur Morin, l'ont fermé à la page 209. Je le rouvre à la page 248, où commence la relation du premier incendie.

²⁵ L'érudit E.-Z. Massicotte croit qu'il s'agit ici de Guillaume Bulteau qui fut en 1714 supérieur des Récollets à Montréal.

Milot,²⁶ et Geneviève.²⁷ La dépositaire, ma soeur Denis,²⁸ ouvrit de force les archives, et sauva les papiers de conséquence, un livre de comptes et un sac d'argent de 900 livres,²⁹ qui n'était pas à nous. Ma soeur Le Duc,³⁰ avec ses novices, sauva presque tout ce qui leur appartenait, et aida encore aux autres, particulièrement à sortir le linge blanc, qui était en de grands coffres fermant à clef, qu'on portait dans la cour, le croyant en assurance. Mais il fut dérobé, et on ne nous en laissa qu'une petite quantité, du plus méchant. Celui qu'on avait sali pendant l'hiver était sur des perches dans le grenier, où il brûla tout.

Mes soeurs Catherine-Marie³¹ et Geneviève³² sauvèrent la

²⁶ Marie-Thérèse Milot, baptisée à Montréal le 12 novembre 1669, était la fille de Jean Milot, maître-taillandier, et de Mathurine Thibault. Elle entra à l'Hôtel-Dieu en 1683, fit profession le 1er juillet 1687, et décéda le 6 mai 1712, âgée de 42 ans.

²⁷ Geneviève Renaud, fille d'Antoine Regnault (sic) dit Letambour et de Geneviève Plemarest. Soeur converse. Elle naquit à Montréal le 18 janvier 1668, entra à l'Hôtel-Dieu vers 1688 et y mourut le 19 janvier 1735.

²⁸ Catherine Denis (ou Denys), née à Tours (France) en 1645, était la fille de Simon Denys de la Trinité, membre du Conseil Souverain de la Nouvelle-France, anobli par le Roi, lieutenant civil, capitaine de navire, et de Jeanne Dubreuil. Elle entra à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 21 novembre 1666, fit profession l'année suivante, et mourut le 6 septembre 1730, âgée de 85 ans. Soeur Denis était la tante de M. de Ramezay, qui fut gouverneur de Montréal (1704).

²⁹ Au premier abord on serait tenté de croire que notre annaliste se trompe. N'a-t-elle pas dit plus haut que la Dépositaire perdit *tous* ses papiers? Mais il s'agit, cette fois, non plus de ceux qui étaient « dans son dépôt » mais de ceux qui reposaient dans le coffre ou l'armoire aux « archives ». De nombreux papiers de conséquence nous sont parvenus. J'en ai dressé le catalogue raisonné, qui a paru dans le Journal de l'Hôtel-Dieu, numéro de mai-juin 1934, pages 173 à 215.

³⁰ Marie Leduc, fille de Jean Leduc et de Marie Souigny, née en 1657, entra au noviciat en 1677, fit profession en 1680, mourut le 22 juin 1712. Elle fut la première montréalaise admise à la profession religieuse.

³¹ Catherine, fille de Laurent Archambault et de Catherine Marchand. Née à Montréal le 25 février 1664, entrée au noviciat en 1677. Elle en sortit pour y rentrer en 1682, fit profession en 1685, et décéda le 27 janvier 1738, âgée de 74 ans. Elle était la soeur de Soeur Geneviève Archambault, dont la courte vie fut très édifiante.

³² Voir la note 27.

batterie de cuisine, qu'elles cachèrent dans la neige, (ce) qui nous fit grand bien. Et plusieurs de nos paquets d'habits d'été, les pots d'étain du réfectoire³³ et, enfin, travaillèrent beaucoup pour soulager leurs soeurs.

On sauva aussi tous nos lits par les fenêtres, et partie furent perdus pour nous. Ma soeur Fidelet³⁴ sortit son prie-dieu avec bien de la peine et tout ce qui était en sa cellule, qui subsiste encore aujourd'hui.

Toutes les autres furent interdites, même la Supérieure.³⁵ Elle fit le tour du dortoir, craignant que quelque soeur ne fût endormie, mais elle n'en trouva point. Elle entra en la cellule de la Sainte Vierge — qui était dans le dortoir (et) dans laquelle il y avait un autel très bien paré, et sur icelui une image de cette sainte reine, belle et riche, — sans rien emporter et de plusieurs images précieuses et autres choses de valeur qui étaient en sa propre chambre. De même les pertes de la chapelle seule ont été estimées à mille livres au moins.³⁶

³³ De 1660 à nos jours les religieuses mangèrent et burent dans de la vaisselle d'étain. Aujourd'hui encore, sauf erreur, elles se servent de pots d'étain dans leur réfectoire, mais elles ont mis de côté les vieilles assiettes. Je doute fort qu'il leur reste un seul morceau de la batterie de cuisine que les soeurs Catherine et Geneviève enfouirent sous la neige il y aura 250 ans bientôt. Fondues les « neiges d'antan »; fondus aussi les vieux ustensiles des temps héroïques de la Communauté.

³⁴ Catherine-Louise Fidelet, née en Flandre en 1655 (?), entrée vers 1673, professe en 1676, décédée le 1er décembre 1702 à l'âge de 47 ans. Les annotateurs des Mémoires de Soeur Morin la font mourir le 1er décembre 1700, âgée de 45 ans. Elle fut envoyée à l'Hôtel-Dieu de Montréal par M. Macé, prêtre de Saint-Sulpice à Paris, frère de la digne Mère Macé, alors supérieure.

³⁵ Ici Soeur Morin s'accuse sans se nommer. Elle était supérieure depuis septembre 1693 et le demeura jusqu'en septembre 1696. Elle fut réélue en 1708.

³⁶ Il faut, je pense, donner à *de même* le sens de: ainsi, ainsi donc, de cette façon. D'après le *Glossaire du parler français*, cette expression est encore usitée dans les dialectes d'Anjou et de Saintonge. — L'estimé des pertes n'est probablement pas exagéré, car il pouvait y avoir de fort belles choses dans la petite chapelle de la Vierge. On conserve encore à l'Hôtel-Dieu un ciboire et un ostensorio datant d'avant l'incendie. Sur le pied du ciboire est gravée l'inscription suivante:

J'ai oublié de parler ci-devant de l'appartement des pensionnaires,³⁷ qui était au-dessus du Noviciat, au nombre de neuf, et qui firent des cris lamentables, comme si elles avaient été dans le feu. Ma soeur Migeon³⁸ était leur maîtresse, qui les rassurait tant qu'elle pouvait, sauva tout leur butin,³⁹ les fit sortir dehors les premières, et les rendit à Messieurs leurs parents quand le grand jour fut venu.

Enfin de feu s'alluma d'une grande force au faite de la maison et courut d'un bout à l'autre en peu de temps. Toute la ville fut en rumeur à notre occasion, les uns craignant de brûler avec nous, les autres déplorant nos pertes et le chagrin d'être parmi le monde,⁴⁰

« Pour les Religieuses hospitalières de Montréal, 1682 ». Même date sur le pied de l'ostensoir, qui fut acheté par la Mère Moreau de Brésolles avec l'argent donné par sa tante, Mme de la Basne.

³⁷ Les pantionnaires (sic) de l'Hôtel-Dieu ne furent pas les seules à retourner chez leurs parents. En effet, comme on verra plus loin, nos religieuses ayant été recueillies par Soeur Bourgeois et ses filles, furent logées dans les deux pièces occupées jusque-là par les pensionnaires de la Congrégation.

³⁸ Jeanne-Gabrielle Migeon, fille de Jean-Baptiste Migeon de Branssat, lieutenant-général (c'est-à-dire: juge) de Montréal, procureur fiscal, et de Catherine Gaucher de Belleville. Née le 29 janvier 1667, elle entra au couvent en septembre 1686, fit profession en 1689 et décéda le 8 septembre 1700, à l'âge de 33 ans. (Ces notes m'ont été fournies par l'archiviste de l'Hôtel-Dieu. Je dois dire que les commentateurs des Mémoires de Soeur Morin, partie publiée, font entrer Soeur Migeon en 1687 et donnent 1698 comme l'année de sa mort.)

³⁹ *Butin*. Voilà l'un des rares canadianismes que l'on puisse découvrir dans le récit de Soeur Morin. Et encore . . . le mot avec l'acception qu'elle lui donne se retrouve dans les dialectes du Berry, de la Bourgogne, de la Normandie, de la Lorraine et d'ailleurs.

⁴⁰ Les soeurs Macé, Maillet et Moreau de Brésolles — les trois premières mères comme on les appelle encore affectueusement — avaient au moment de s'embarquer pour le Canada signé le 12 juin 1659, un acte où je relève ceci: « Conformément à ce qui a esté arrêté en l'assemblée générale de notre Congrégation nous avons renoncé et renonçons à nous servir jamais de la liberté de sortir quelques fois de nos maisons ». Quelques mois après, le document par lequel Mgr de Laval confirme l'obédience accordée par l'évêque d'Angers commet les arrivantes aux soins de Guillaume Vignal « qui réglera la closture presque aussitôt que le lieu le pourra permettre ». L'incendie de 1695 mettait fin pour un temps à la réclusion volontaire des Soeurs et les rejetait « parmi le monde ».

qu'on ne pouvait éviter. Tout le monde entra en foule chez nous, voyant bien qu'ils ne couraient aucun risque, s'efforçant de nous faire sortir dehors, ce qu'on ne voulut point faire qu'à l'extrémité.

Pendant ce tumulte nos soeurs travaillèrent incessamment à sortir tout ce qu'elles trouvaient en leur chemin, eux ⁴¹ portant dans les maisons les plus proches pour le mettre à couvert du feu. On les en priait même, croyant en sûreté ce qu'on emportait, mais on vit bien le contraire quand il fallut rapporter quelques jours après.⁴²

La Supérieure fit son possible pour engager quelques-unes de ces personnes, les priant même avec instance de monter sur la maison, pour couper le chemin au feu et en sauver une partie, ce qui aurait pu se faire par des charpentiers, mais il ne s'en trouva aucun là, et nul autre ne voulut s'y risquer.

Ce qui lui fit connaître que Dieu les voulait faire passer par le feu toutes. Se jetant à genoux elle lui fit le sacrifice de ce cher monastère, qui lui avait coûté tant de peines et de soins à le bâtir, et qui n'était achevé que depuis quatre mois,⁴³ pour la construction duquel elle avait fait plusieurs dettes qui n'étaient pas acquittées, et que cet accident les réduisait (les religieuses) dans un état à ne le pouvoir faire de bien des années, peut-être point du tout, ce qui la touchait vivement.⁴⁴

Mais enfin elle s'abandonna à toutes les peines qu'Il voudrait leur envoyer, et voyant ce coup de foudre venir de Sa main, elle en adora tous les événements et Lui demanda la grâce d'en profiter, elle et ses soeurs.

⁴¹ Ici *eux* s'applique évidemment aux volontaires qui s'offrirent pour mettre à l'abri les objets soustraits aux flammes.

⁴² Il en fut de même lors du second incendie, celui de 1721, dont Soeur Morin nous a laissé une relation un peu moins circonstanciée que celle que j'annote en ce moment. Peut-être la publierai-je.

⁴³ On avait pendu la crémaillère dans le nouvel Hôtel-Dieu au cours du mois de novembre 1694. Fin février 1695 tout était à recommencer!

⁴⁴ Voir la note 10.

Je me suis trop divertie de mon sujet. Je reviens aussi trouver mes soeurs qui allaient, chacune de son côté, sortant et rentrant dans leur maison qui brûlait, sans se dire une parole, ce qui provenait du saisissement où chacun était sans s'en apercevoir, se croyant fort tranquille intérieurement dans l'amour de la volonté du Seigneur, qui nous affligeait.

Monsieur Dollier,⁴⁵ supérieur du Séminaire, apporta le Très Saint Sacrement, accompagné de tous ses prêtres et suivi presque de toute la ville, surtout des enfants. Il faisait lors un gros vent de noroit bien froid, qui jetait les brandons de feu sur les bâtiments de la ménagerie de l'Hôpital, qui est proche et qui aurait brûlé infailliblement, et avec elle au moins la moitié des maisons de la ville, ce qui causa une grosse alarme. Mais aussitôt que Notre-Seigneur fut arrivé, le vent changea et devint suest (sic), qui repoussa les flammes et étincelles de feu chez-nous, d'où elles sortaient. Tout le monde fut témoin de cette merveille et rendit gloire à Dieu, qui voulait nous affliger seules en cette occasion.⁴⁶

⁴⁵ François Dollier de Casson (1636-1701), capitaine de cavalerie, prêtre du Séminaire de Saint-Sulpice, missionnaire, auteur d'une *Histoire de Montréal*. Il avait, dit Lejeune dans son *Dictionnaire général du Canada* « une force si extraordinaire qu'il portait deux hommes assis sur ses deux mains ». Quitta les armes pour le sacerdoce. Vint au Canada en 1666. Faillit mourir du scorbut. Un an curé des Trois-Rivières. Grand explorateur. Donna le plan de la première église paroissiale de Notre-Dame, qui fut terminée en 1678. Fut 30 ans curé de « la Paroisse ». Traça les premières rues de Montréal. Erigea le Séminaire. Conçut l'idée du canal de Lachine, etc. Un homme, quoi!

⁴⁶ Dans sa relation du second incendie — celui de 1721, qui consuma 160 maisons — Soeur Morin raconte que M. de Belmont, vicaire-général, porta le Saint-Sacrement vers l'endroit que le feu menaçait le plus. Cette fois la présence de l'Hostie « sembla animer les flammes au lieu de les apaiser » et le prêtre déclara qu'il « voyait bien que Dieu voulait punir son peuple ». — Un peu plus loin, page 299, la bonne religieuse nous fait part du songe que l'une de ces soeurs eut quelques jours avant le désastre. Elle vit une croix se poser sur le faite de la maison. L'instant d'après le bâtiment prenait feu sous ses yeux. Soeur Morin tout en reconnaissant le mérites de sa compagne, ajoute cette remarque qui ne manque pas de finesse: « Je ne vous donne pas ce songe pour une révélation. Chacun en jugera comme il lui plaira ».

Ce gros vent ⁴⁷ alluma le feu en bas comme en haut, en peu de temps, dans notre bâtiment, celui de l'hôpital, et celui de la vieille église. Jamais on ne vit un si grand feu dans le Canada, ⁴⁸ celui de notre monastère étant de 190 pieds de long et 32 de large, l'hôpital et son église de 200 pieds (et) de quatre étages de haut (du moins, le nôtre). ⁴⁹

Tout cela fit de la chaleur et de la lumière qui fut vue et remarquée à vingt lieues loin par-delà Sorel fort clairement, et fit naître la pensée à plusieurs de l'accident qui nous est arrivé. Des habitants de Laprairie, de Longueuil, de Boucherville et de la Pointe-aux-Trembles ont dit qu'ils voyaient si clair chez eux et dans leurs forts qu'on aurait pu ramasser une épingle dans les chemins avant le jour. ⁵⁰

Voyant notre monastère embrasé de bas en haut, nous allâmes dans notre jardin, sur la neige. Il y faisait bien froid, et plusieurs d'entre nous éprouvèrent quelque part en la sainte Pauvreté, n'ayant ni bas ni souliers, mais de méchantes savates aux pieds nus dedans. D'autres n'avaient ni robes ni voiles, étaient en coiffes de nuit. Cependant je n'en vis aucune pleurer ni se lamenter avec aigreur de ces grosses pertes et de l'état de souffrance qu'elles éprouvaient déjà par la nudité et du froid. Quelques-unes jetaient des larmes tran-

⁴⁷ Notre annaliste écrit: « ce gros van »; et je trouve ailleurs: « par un temps chaud acompagné de vand ». Il y a là de quoi faire rire certains « bacheliers satisfaits » qui savent que *vent* vient du latin *ventus*. Oui, mais . . . savent-ils écrire? En cette année du second Congrès de la langue française au Canada, je présente les pages inédites de Marie Morin comme une incitation à mieux faire.

⁴⁸ Je crois bien que l'incendie de 1695 constituait un désastre jusqu'alors sans pareil au Canada. Peut-on en dire autant de la conflagration de 1721? Est-il vrai que « on nen avoit point veu de sy grande dans le Canada »? — Si nos historiens peuvent contredire Soeur Morin là-dessus, les pages du *Journal de l'Hôtel-Dieu* leur sont largement ouvertes.

⁴⁹ Je crois comprendre que le Monastère comptait plus d'étages que le bâtiment de l'Hôpital proprement dit.

⁵⁰ Aïe, aïe! Qu'en pensent ceux qui prétendent que nous sommes tous normands? Si quelqu'un voulait affirmer que nous sommes tous marseillais il trouverait ici, à l'appui de sa thèse, un support inespéré.

quillement, d'autres bénissaient Dieu de nous avoir mis dans la nécessité de pratiquer le voeu de la sainte pauvreté.

Entre les cinq à six heures, que le jour commençait à paraître, Monsieur Dollier, dont j'ai déjà parlé comme Grand Vicaire de Mgr l'Evêque de Québec,⁵¹ envoya un ecclésiastique dire de sa part à la Supérieure de se retirer dans la maison des Congréganistes⁵² avec toutes ses filles jusqu'à nouvel ordre, et qu'il ferait mener tous nos pauvres malades dans une chambre de son Séminaire, où on aurait soin d'eux en attendant qu'on eût trouvé un lieu où on les put mettre.

Tout fut exécuté comme il l'avait dit. On fut ramasser ces pauvres souffrants, qui avaient fui chacun de son côté comme gens éperdus. La plus grande partie avait fui et sorti par les fenêtres, par la crainte de brûler dans l'Hôpital. Même, un agonisant sortit dehors, qui mourut peu après. Au Séminaire, leur infirmier ordinaire appelé Lafrance avait soin d'eux, et Monsieur Dollier lui faisait donner tout ce qu'il demandait pour leur besoin. Quand les flammes de la Maison furent un peu baissées et renfoncées dans les murailles, les hospitalières, dépositaire et pharmacienne⁵³ passèrent chez les pauvres,⁵⁴ partie par la grande rue St-Paul et partie par la cour de

⁵¹ Jean-Baptiste de La Croix de Chevrières de Saint-Vallier (1653-1727), deuxième évêque de Québec, succédant à Monseigneur de Laval. Fondateur de l'Hôpital-Général de Québec. Un fort brave homme qui sera discuté jusqu'à la fin des temps... canadiens.

⁵² Les religieuses de la Congrégation de Notre-Dame. En ces temps-là, elles étaient à l'essai, si l'on peut dire. Sauf erreur elles étaient des « filles séculières » et non de véritables religieuses.

⁵³ Et donc, au début du 18ème siècle, on était apothicairresse ou pharmacienne. Mais, je le répète, l'apothicairerie ne s'appelait pas encore la pharmacie.

⁵⁴ Le bien des Pauvres et le bien des Religieuses étaient distincts. Jeanne Mance, une laïque, avait obtenu de Madame de Bullion, une autre laïque, l'argent qu'il fallait pour fonder un hôpital à Montréal. Elle débarqua dans notre île en 1642. Au moment même où elle se proposait d'affecter les sommes reçues de la bienfaitrice à des fins qui lui semblaient plus recommandables, elle reçut de Mme de Bullion une mise-en-demeure qui l'obligea à construire l'Hôpital, en 1644. L'édifice était à peine terminé que les Iroquois se lançaient à l'assaut de la ville naissante. Jeanne Mance tint le coup, comme on dit, pendant 15 ans. Elle passa la main aux Religieuses hospitalières de St-Joseph en 1659.

derrière, pour ramasser tout ce qu'elles pourraient trouver d'utile, qui n'était point péri par le feu. En effet, elles ramassèrent soigneusement et avec grand soin ce qu'on avait sauvé de l'apothicairerie, qu'on trouva bien doux dans le besoin pour les (malades) malgré tous les dégâts qu'on y avait faits; puis elles vinrent se réunir à leurs soeurs, qui s'étaient retirées chez les Congréganistes, comme j'ai dit plus haut.

Il plut au Seigneur de préserver du feu notre Boulangerie, quoiqu'elle joignît du bout le grand corps du bâtiment de notre monastère, à quoi on ne s'attendait point. Plusieurs de nos amis, s'animant l'un l'autre, nous rendirent ce bon office. C'étaient personnes intelligentes et zélées à nous secourir. Les plus considérables furent le R. P. Guillaume, récollet, et son compagnon, dont je ne sais pas le nom, les sieurs St-Omer,⁵⁵ Le Duc,⁵⁶ Jacques Moulier,⁵⁷ Antoine Tessereau⁵⁸ notre domestique, et plusieurs autres de nos amis, gens de bien et autres qui signalèrent leur courage et charité en cette occasion, mettant leur vie au hasard pour nous conserver cette petite maison dans laquelle il y avait un puits, là qui (laquelle?) nous a été à la suite d'un grand service, puisque pendant neuf mois elle a tenu lieu et servi de cuisine de réfectoire, tant pour nous qu'aux hommes qui travaillaient à rétablir notre monastère brûlé, (et) qui se mettaient à table quand nous étions sorties; et (en) plus, de crédence de lingerie et buanderie, pour couler les lessives, qu'on lavait ensuite dehors dans des cuves.

Pour comprendre mieux comment cela se pouvait faire, vous devez vous ressouvenir que notre enclos et celui des Congréganistes chez qui nous étions logées n'est séparé que par une clôture de pieux, dans laquelle on fit une porte de communication pour aller

⁵⁵ Lambert Leduc, fils de Jean Leduc. Il se fit appeler le sieur de St-Omer.

⁵⁶ Très probablement Jean Leduc, l'un des principaux citoyens de Montréal. Ou, peut-être, son fils Charles. Assurément pas son fils Lambert, déjà désigné dans la note précédente sous le nom de Sieur de St-Omer.

⁵⁷ Il faut lire Jacques Moulinier et non Jacques Moulier, comme écrit Soeur Morin. Ce Jacques était serviteur au Séminaire en 1703.

⁵⁸ Antoine Tessereau, charpentier. Il se maria à Montréal en 1699.

de chez nous chez elles et revenir de chez elles chez nous, comme je le dirai ci-après.

Quand le jour fut un peu plus grand, bon nombre de nos amis nous rendirent visite pour témoigner la part qu'ils prenaient à notre désastre, en étant aussi touchés que nous-mêmes. Un des premiers fut Monsieur LeBer, qui, à la fin de son compliment de compassion, qui était fort sincère, dit à la Supérieure qu'il donnerait 4000 livres pour aider à notre rétablissement, et offrit encore de prendre chez lui six de nos soeurs jusqu'à ce que nous puissions vivre en communauté. Mais on le remercia de cet article, personne ne pouvant se résoudre à s'éloigner de ses soeurs affligées.

Vers les huit heures, mon dit sieur Dollier, grand vicaire, prit la peine d'y venir en personne, quoique sa santé ne fut pas bonne, afin de voir ce qu'on pourrait faire pour nous loger et nos malades. On y trouva bien des obstacles, mais enfin il conclut avec la Soeur Barbier, qui était Supérieure,⁶⁰ et la Soeur Gariépy⁶¹ économme, qu'elles (les Srs de la Congrégation de Notre-Dame) nous donneraient pour nous mettre à couvert l'appartement de leurs pensionnaires, qui consistait en deux moyennes chambres dans le second étage de leur maison, et un petit grenier au-dessus, et trois cellules dans leurs dortoirs, ce qui les rétrécissait et incommodait beaucoup.

Nous n'avions pas aussi trop d'espace pour mettre nos (un mot passé) qui consistaient en une paillasse, quelques couvertes et oreillers d'emprunt que l'on arrangea le mieux que l'on put dans

⁵⁹ Marie Barbier, religieuse de la Congrégation de Notre-Dame, succéda à la Vénérable Mère Marguerite Bourgeoys en qualité de supérieure (1693-1698). Elle était fille de Gilbert Barbier, dit le Minime, et de demoiselle Lavau. Gilbert Barbier arriva à Ville-Marie en 1642, avec la deuxième recrue.

⁶¹ S'agit-il de Marie-Ursule Gariépy, née à Québec le 9 janvier 1658 et morte en 1713? Ou de Marguerite, née à Québec le 23 mars 1660, et morte ici en 1723? Je m'excuse auprès des Dames de la Congrégation de ne pas les avoir consultées avant de publier le présent article. Elles voudront bien croire que je ne ferai pas de tiré-à-part avant d'avoir donné à tout le monde l'occasion de me corriger ou d'enrichir mes notules.

ces deux chambres, se mettant deux sur chaque paillasse. La Supérieure,⁶² ma soeur Macé,⁶³ assistante, et ma Soeur Denis, économme, se logèrent dans les cellules susdites par la nécessité de leur office.

Ma Soeur Macé s'y tenait cachée le jour aussi bien que la nuit, souffrant une espèce de martyre de nous voir parmi les séculiers.⁶⁴ Ma Soeur Le Jumeau se tenait avec elle pendant le jour pour y prier, lire et filer ensemble, faisant là ce que les saints ermites faisaient dans les déserts. Nos charitables hôtes nous donnèrent à manger pendant le trois premiers jours.

Peu après que Monsieur Dollier fut sorti d'avec nous, monsieur Juchereau,⁶⁵ lieutenant-général, entra. Il était beau-frère de ma soeur Migeon et ami sincère de notre Communauté, qui ressentait nos pertes comme nous-mêmes et qui alla de ce pas trouver Monsieur le Gouverneur, lui dire ses sentiments et prendre avec lui des mesures pour travailler incessamment à notre rétablissement.

Monsieur de Callières l'écouta favorablement pour nous et (ils) conclurent qu'il fallait profiter de la fête de St. Mathias,⁶⁶ qui obligeait les habitants des environs de venir en ville pour assister au service divin. Joint que l'incendie arrivé la nuit précédente les y attirait encore et les rendait capables d'écouter les propositions qu'on leur voulait (faire) par la compassion qu'ils avaient de nous.

⁶² Soeur Morin, qui écrit.

⁶³ Catherine Macé, fille d'un riche armateur de Nantes. Entrée au monastère de la Flèche, en Anjou, le 8 septembre 1643, elle fit profession le 15 octobre 1641 et prononça ses voeux solennels à Montréal le 28 octobre 1671. Elle décéda le 25 septembre 1693, âgée de 81 ans. L'une des trois religieuses qui vinrent au Canada en 1659, à la demande de Jeanne Mance. Soeur Macé refusa toujours d'être supérieure.

⁶⁴ Voir la note 40.

⁶⁵ Charles Juchereau de Saint-Denis, né en 1655. Il fut juge de la juridiction de Montréal de 1693 à 1702. Parti pour le Mississipi, il mourut là-bas en 1703.

⁶⁶ Sous le régime français toutes les fêtes des Apôtres étaient fêtes d'obligation. M. Massicotte me dit qu'il fut un temps où nos ancêtres devaient observer pas moins de 90 jours fériés au cours d'une année. Soit un jour sur quatre!

Monsieur de la Touche,⁶⁷ commissaire des troupes que le Roi entretient en Canada, fut du même sentiment, qui se trouvait bien embarrassé des soldats malades,⁶⁸ jugeant bien qu'ils ne pouvaient être longtemps dans le Séminaire. De notre part, nous les demandions à ces messieurs avec empressement, ce qui leur faisait plaisir, et aussi la constance et générosité de nos chères soeurs, qui n'étaient point tristes ni abattues par excès. Quelques-unes, cependant, jetaient des larmes; mais avec paix et tranquillité, sans sortir de la soumission aux ordres du Seigneur, qui permet et ordonne tous les événements les plus fâcheux pour sa gloire et le bien de ses élues.

Cette première journée se passa à recevoir les visites de condoléances de nos amis, et à recevoir quelques petits pressants besoins. Celles qui ont leurs parents en cette ville furent bientôt munies de ce qui manquait à leur vêtement par leur libéralité, et les autres par nos amis, qui prirent grande part à nos désastres. Mais personne ne pensait à nous donner de quoi manger, quoique bien informés que nous n'avions rien pour cela. Mademoiselle Migeon seule envoya un plat de poisson, un flacon de vin et un pot de confiture; mademoiselle LeBer⁶⁹ 3 ou 4 pots de confiture pour les malades, chacun se reposant sur l'honnêteté de nos nouvelles hôtessees qui ne manquèrent pas, mais de si bonne grâce et avec tant

⁶⁷ Louis Tantouin de la Touche, né en 1662. Il fut d'abord garde-magasin du Roi à Ville-Marie, puis commissaire ordonnateur de la Marine. Il retourna en France, où il fut secrétaire des finances du duc de Berry. Il mourut dans son pays natal en 1722.

⁶⁸ En ces temps-là les civils étaient à charge, quand ils se déclaraient indigents. Mais, d'autre part, le Roi payait pour l'hospitalisation des soldats. Il se montrait plutôt chiche, soit dit entre nous. A moins qu'on m'ait caché certains papiers — ce que je ne puis croire — nos plus vieux livres de comptes portant, à la charge de leurs officiers les frais de traitement des défenseurs de la Colonie, datent de 1755.

⁶⁹ Jeanne LeBer (1662-1714), la célèbre recluse. Fille de Jacques LeBer, elle naquit à Montréal le 4 janvier 1662, fit trois années d'études chez les Ursulines de Québec, et se retira en 1695 dans un oratoire particulier ayant vue sur la chapelle des Soeurs de la Congrégation. Elle y vécut dans une complète réclusion jusqu'à sa mort.

d'affection que leurs belles mines valaient mieux et faisaient plus de plaisir que leur repas.

Mademoiselle Migeon, veuve ⁷⁰ d'une singulière piété, fit tant d'instances à M. Seguenot, ⁷¹ notre confesseur, qu'il lui permit d'amener chez elle ma soeur LeJumeau, ma soeur Migeon, sa fille, et ma soeur Madeleine Babonneau, ⁷² qui y demeurèrent quelques jours à cause que nous n'avions pas de lits pour toutes nos soeurs et elles se mettaient deux en chacun de ceux qui les pouvaient contenir.

M. de Callières ayant les raisons que M. Dollier, M. Juchereau et M. le Commissaire (avaient) exposées, fit aussitôt convoquer une assemblée générale en sa maison, où tous les officiers du Roi et autres personnes de distinction se devaient trouver, avec les marchands-bourgeois et autres habitants des côtes voisines.

⁷⁰ Catherine Gauchet de Belleville, veuve de Jean-Baptiste Migeon de Branssat, était la mère de Soeur Migeon (voir note 38). La bonne dame, qui était fort dévote, finit par se faire religieuse. Elle était apparentée à Gabriel Souart, premier curé de Ville-Marie, premier supérieur du Séminaire, aumônier de l'Hôtel-Dieu, prêtre-médecin. Soeur Jeanne-Gabrielle Migeon, sa fille, était la tante de Liénard de Beaujeu, le héros de la Monongahela, la « malengueulée », comme disaient les soldats qui s'y battirent. — Un mot sur « mademoiselle-veuve » . . . Quand un voyou de Paris veut insulter quelqu'un il lui demande comment va « mademoiselle sa mère » (sic). Ce qui est injure aujourd'hui était jadis compliment. Seules les personnes de qualité avaient droit à cette appellation. Une vieille édition de Galien (1565), qui me vient de la vente des livres de Louis-Joseph Papineau, est dédiée « à généreuse et illustre damoiselle ma Damoiselle Jaqueline de Monbel, fille de puissant seigneur, monsieur le conte d'Entremons, femme d'illustre Seigneur, monsieur Claude de Baternay, filz de monsieur le conte du Bouchage. » . . . Ouf!

⁷¹ Soeur Morin écrit: Ségnot. Presque tous les noms propres sont estropiés par elle. Elle épèle: Caillière, St-Aumer, Guiot, Admare, au lieu de: Callières, St-Omer, Guyotte, Adhémar. — François de Séguenot, confesseur des religieuses de l'Hôtel-Dieu de 1694 à 1699. Il fut aussi le directeur spirituel de Jeanne LeBer.

⁷² Renée Babonneau, dite Soeur Madeleine, converse. Elle entra au monastère de la Flèche en 1649, fit profession le 9 mai 1651, arriva à Montréal le 1er novembre 1669, prononça ses vœux le 28 octobre 1671, décéda le 30 janvier 1707, âgée de 90 ans.

Tous se trouvèrent à l'heure marquée chez mon dit sieur le Gouverneur. Il leur parla à tous du malheur qui était arrivé dans leur ville par l'incendie général des bâtiments et meubles de l'hôpital et des hospitalières, dont les charbons ardents et la fumée se voyaient encore, leur fit remarquer qu'ils ne pouvaient point se passer d'un hôpital ni de personnes pour servir les malades, et que, s'ils avaient quelque zèle pour leur rétablissement, on pourrait encore tirer du bois des forêts pour faire les charpentes et autres besoins, et par là les mettre en état de retourner chez eux avant l'hiver prochain. Et bien d'autres choses qui seraient trop longues à marquer ici.

Tout cela accompagné de l'éloquence qui lui est naturelle, étant d'ailleurs vivement touché de nos pertes, ce que plusieurs personnes remarquèrent avec étonnement, ne le croyant pas beaucoup dans nos intérêts.

Il y en eut peu dans cette honorable assemblée qui n'entrèrent en ces sentiments favorables pour nous. Monsieur Juchereau demanda que chacun dit tout haut ce qu'il voulait donner, afin qu'on pût faire un rôle juste, et régler la dépense sur cela qu'on voulait faire. Cette proposition fut agréée, et sur le champ exécutée. Je vous en ferai la liste ci-après dans le même (ordre) qu'il fut écrit dans l'honorable assemblée dont j'ai parlé ci-devant.

(à suivre)



LETTRE OUVERTE AU DOCTEUR DANIEL LONGPRÉ

Mon cher confrère,

Le 11 août dernier *le Devoir* livrait à ses lecteurs le texte d'un avis publié dans *la Gazette Officielle de Québec* sous le titre: « *le Jour, limitée* ».

Il commence ainsi: « Avis est donné qu'en vertu de la Loi des compagnies de Québec, il a été accordé par le lieutenant-gouverneur de la province de Québec des lettres patentes en date du vingt-neuvième jour de juin 1937, constituant en corporation Samuel J. Smiley, avocat, Aaron Schwartz, Leo Karassik, marchands, Nathan Marcus, commis, Dame Margaret Mac Cracken, fille majeure » . . . Etc.

Pour rassurer le public canadien-français, Monsieur Jean-Charles Harvey s'est empressé d'écrire une lettre au *Devoir* où il montre que cet acte d'incorporation ne doit pas être pris trop au sérieux, l'ami Smiley ayant reçu carte blanche pour constituer comme il lui plairait le « dummy » qu'exigent les législateurs. De plus M. Harvey a déclaré très catégoriquement que la Direction matérielle et spirituelle du *Jour* est et restera entre les mains de gens que le *Devoir* avaient nommés dans un article antérieur, savoir: Jean-Charles Harvey, André Bowman, Réal Rousseau et vous, mon cher confrère.

Or le 25 septembre *votre* journal laissait paraître un article intitulé « Esculape sur le Pré-aux-Clercs ». J'y suis clairement désigné et j'y suis passablement ridiculisé.

Vos collègues à qui je suis allé me plaindre, m'ont reçu fort aimablement, mais ils s'obstinent à croire que je dois encaisser sans rien dire, voire même joyeusement. D'après eux il s'agirait d'une inoffensive gaminerie. Comprenant enfin qu'ils ne pouvaient se mettre dans ma peau, je les ai laissés, après m'être excusé d'avoir si

longuement et si énergiquement protesté. *Le Jour* n'aura pas d'excuses à me faire.

Mais, souffrez que je me tourne vers vous, maintenant, pour vous prier, au nom de tout ce que nous avons en commun, de bien vouloir répudier dans les colonnes de *mon* journal l'insinuation désobligeante qui m'a été jetée à la figure.

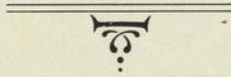
Il est bien entendu que je ne prends pas la défense des professeurs Castor-Pollux et des autres confrères que l'article brocarde. Ces messieurs ne sont pas de mes amis et ils ont pour riposter, s'ils le jugent à propos, des feuilles à leur dévotion. Je m'occupe de « mes oignons » comme on dit.

En temps et lieu je répondrai au gamin qui a signé Danielle-Clerc. Pour l'heure je veux me contenter de demander à Daniel Longpré, *qui n'est pas le même homme*, s'il approuve ce qu'on vient de dire de moi.

Allons, mon cher confrère en journalisme, faites un bon mouvement. Dites une parole et mon âme sera guérie. L'incident est peut-être clos dans votre *Jour*? Venez le clore dans mon *Journal*.

Léo-E. PARISEAU.

P. S. — Comme dit Benjamin Godendart, dans sa « Berceuse de Gosselin »: *Le Jour* à peine a lui, Vierge sain-ain-te, veillez sur lui!



À PROPOS DE DEUX CAS D'ASTHME SAISONNIER GUÉRIS PAR L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

Par FERNAND DAZÉ et PAUL DUMAS.

L'un de nous a observé deux jeunes femmes de 21 et 18 ans présentant à chaque printemps et tout le long de la saison chaude des crises dyspnéiques de type asthmatique. Dans l'un et l'autre cas, les crises se reproduisaient avec une grande fréquence, plusieurs fois la semaine, et rendaient la vie fort pénible aux malades. Ces troubles saisonniers revenaient régulièrement tous les ans et dataient, dans les deux cas, de quelques années avant la puberté. Bien que nous ne soyons pas enclins à mettre en cause ici l'élément pubertaire, en raison du bon fonctionnement génital de nos patientes, il convient de rappeler que la puberté, tout comme la ménopause, n'est pas un phénomène transitoire, mais bien plutôt une période climatique échelonnée sur plusieurs années et marquée par un ensemble de modifications biologiques et neuro-végétatives fort importantes. Il peut donc sembler plausible de croire que l'apparition de l'asthme saisonnier chez nos patientes, quelques années avant la puberté, ait pu être influencée par celle-ci. La vogue excessive de l'endocrinologie, contre laquelle se sont élevés MM. Fiessinger, May, Novak, etc. peut favoriser cette manière de voir. Tout au plus pouvons-nous penser que les prodromes de la puberté aient affiné la sensibilité du système vago-sympathique déjà fort labile de nos patientes et aidé dans une certaine mesure l'éclosion de la parasymphathose asthmatique.

Aucune des patientes n'avait souffert dans le passé d'affection pulmonaire grave, de troubles digestifs ou de dysfonctionnement endocrinien. Citadines depuis leur naissance, aucune d'elles n'avait fait de changement d'habitat qui eût pu motiver l'apparition soudaine de leurs troubles vers l'âge de douze ans. Traitées toutes deux par l'adrénaline, elles devinrent bientôt esclaves de ce médicament qui à la longue s'avéra de moins en moins efficace pour prévenir ou faire cesser leurs crises. Elles furent alors soumises à une cure par

l'auto-hémothérapie. Après une première injection de 5 cc. de sang, leurs crises cessèrent presque immédiatement. Six jours après la première injection, la dyspnée semblant vouloir reparaitre, elles reçurent une nouvelle injection. Après quatre injections hebdomadaires, il ne leur restait plus que le mauvais souvenir de leurs maux. Elles se sentaient même si bien qu'elles revinrent demander une nouvelle injection en vue de prévenir un retour possible de leurs troubles. Et pour la première fois depuis des années, elles passèrent l'été en parfaite santé.

Nous avons cru instructif de rapporter ces cas pour le bénéfice des confrères peu familiers avec l'auto-hémothérapie et qui, chaque été, se découragent à soigner de malheureux asthmatiques adrénalino et éphédrino-résistants. L'auto-hémothérapie est une méthode infiniment simple. A l'aide d'une seringue stérilisée et préalablement paraffinée ou citratée avec une solution de citrate de soude, on prélève 5-10 cc. de sang d'une des veines du pli du coude et on les injecte, séance tenante, dans les muscles de la région fessière. Ordinairement, il suffit de 4-5 injections, pratiquées à 3-6 jours d'intervalle selon la gravité des cas. Il est inutile de pratiquer des injections plus massives que 10 cc.

Mais l'autohémothérapie n'est pas une panacée omnibus pour tous les asthmes. L'asthme est un syndrome trop complexe, relevant de causes trop diverses, épines organiques, constitution diathésique, idiosyncrasie vis-à-vis de certaines substances asthmogènes, etc., pour toujours réagir de façon uniforme à une même médication causale. A cet égard MM. Bezançon, Jacquelin, Joly et Guillaumin, dans un article de la *Presse Médicale* sur « les composants chimiques du sang des asthmatiques », divisent les asthmatiques en deux groupes.

a) « Dans le groupe des asthmatiques hyperuricémiques et hypercholestérolémiques, nous trouvons plus fréquemment des individus de constitution pléthorique obèses, brévilignes, ptosiques, ayant des antécédents de goutte, de lumbago, de névralgies, d'arthralgies, une intrication avec des poussées d'eczéma suintant. Nous sommes environ 3 fois sur 4 en présence d'un asthme à crises dyspnéi-

ques rapprochées, quotidiennes, diurnes et nocturnes, récidivant pendant des semaines, des mois, surtout l'hiver, pouvant même prendre le type de dyspnée permanente sans exacerbations nettes. Ces crises sont entrecoupées ou accompagnées de manifestations bronchitiques; au cours des crises, l'expectoration est abondante, mucopurulente; c'est un asthme fréquemment humide.

Enfin du point de vue pronostique, cet asthme est plus tenace, plus résistant au traitement. L'autohémothérapie, la peptonothérapie l'influencent peu et irrégulièrement . . . »

b) « Dans le groupe des asthmatiques dont l'état humoral est normal, la physionomie clinique est assez souvent différente.

Nous voyons plus fréquemment intervenir des phénomènes de sensibilisation saisonnière ou régionale; c'est la saison des pollens, c'est la campagne, c'est l'appartement qui sont asthmogènes; ou bien, ce sont des troubles digestifs entraînant une sensibilisation alimentaire; dans d'autres cas, c'est une sensibilisation professionnelle qui paraît en cause.

La note endocrinienne est plus fréquente que chez les malades du premier groupe (influence ovarienne en particulier).

Les malades de ce type peuvent être eczémateux eux aussi, mais en général ils accusent plus souvent des manifestations urticariennes ou migraineuses et une instabilité vago-motrice considérable. Leur asthme comporte parfois des accès rapprochés, subintrants, mais après la crise existent en général des accalmies plus longues; souvent même l'évolution est nettement paroxystique: crises brutales séparées par un état normal intercalaire.

Autre caractère: ces crises sont plus sèches, plus vaso-motrices qu'exsudatives, tout au moins dans la majorité des cas.

Enfin ces formes obéissent beaucoup mieux aux méthodes de désensibilisation, à l'autohémothérapie et à la peptonothérapie. » (*La Presse Médicale*, 16 décembre 1936.)

Qu'on nous permette ici, quelques remarques sur l'asthme dit saisonnier ou asthme des foins.

L'ASTHME SAISONNIER

L'asthme saisonnier, « type de crise vagale » (Laignel-Lavastine), est une parasymphathose liée d'une part à une sensibilité vis-à-vis des pollens en suspension dans l'air (cause prédisposante), d'autre part à l'inhalation par le patient de ces pollens asthmogènes (cause déclenchante). Il tient à la fois de l'endosymphathose par ses manifestations subjectives (angoisse, dyspnée, etc.), et de l'ectosymphathose par les phénomènes objectifs dont il s'accompagne (toux, hydrorrhée bronchique, sueurs, congestion faciale, etc.)

A l'encontre de certains asthmes entretenus par une épine organique siégeant sur un point quelconque du système respiratoire (déviation de la cloison du nez, malformation d'un cornet, emphyème, bacillose pulmonaire, etc.), ou des systèmes digestif et génital, c'est un trouble fonctionnel n'apparaissant que pendant une période donnée, la saison des pollens. Il constitue une forme de transition entre les syndromes respiratoires supérieurs liés à une excitation du sympathique nasal (le coryza spasmodique, par exemple), et les syndromes respiratoires dus à l'excitation du seul nerf pneumogastrique (asthme des bronchitiques, des emphysemateux, etc.)

Dans la pathogénie de l'asthme saisonnier, il semble difficile d'incriminer le système parasymphathique nasal plus que le pneumogastrique lui-même. MM. Etienne May et Gallot ont fort bien dit que « le sympathique doit être considéré comme un réseau très étendu dans lequel un ébranlement subi en un point peut se répercuter dans toute l'étendue du système ». Il est vrai que les victimes des pollens ne sont pas toutes des asthmatiques et que nombre d'entre elles ne souffrent que de coryza des foins par exemple. Ce fait, paradoxal en apparence, trouve son explication dans une autre assertion de MM. May et Gallot. « Cette solidarité (des territoires innervés par le sympathique) n'est pas absolue et elle laisse à chacune des provinces sympathiques une certaine autonomie. Pour expliquer cette association paradoxale de liberté et de servitude, il faut admettre que les influx nerveux qui parcourent le réseau peuvent être arrêtés ou modifiés à l'entrée de chaque territoire; peut-être ce rôle est-il dévolu aux différents relais ganglionnaires, si nombreux sur l'éten-

due du système sympathique et qui fonctionneraient alors vis-à-vis de l'influx nerveux végétatif comme de véritables transformateurs ». Etienne May et Henry M. Gallot: Le traitement des endosymphatoses d'origine non endocrinienne (dans le rapport du XXIV^e Congrès français de médecine, Paris, Masson éditeur, pp. 316-317.)

Quoi qu'il en soit l'asthme saisonnier reconnaît très souvent une origine mixte, à la fois nasale et vagale. Il ne nous paraît donc pas inutile d'étudier brièvement ce double mécanisme.

Le rôle du parasymphatique nasal.

La muqueuse nasale est innervée par de très nombreux filets émanant du ganglion sphéno-palatin. Le ganglion sphéno-palatin (ou g. de Meckel) résulte de la fusion de trois racines

sensitive: issue du nerf maxillaire supérieur,

motrice: issue du facial,

sympathique: issue du nerf vidien.

Le nerf vidien est le produit de l'union du grand nerf pétreux superficiel, branche du facial, du grand nerf pétreux profond, branche du glosso-pharyngien, des filets sympathiques du plexus carotidien émanant du pôle supérieur du ganglion cervical supérieur.

Ces filets nerveux ont un rôle à la fois sensitif, moteur et sécrétoire. Leur irritation provoque un certain nombre de phénomènes qu'on a coutume d'appeler réflexes, bien qu'ils se produisent sans l'intervention d'un arc réflexe vrai: de la congestion de la muqueuse, de l'hydropnée nasale, de l'éternuement, du larmolement (par excitation du rameau lacrymal du ganglion sphéno-palatin, de la mydriase, de l'érythème facial (réflexe naso-facial de Paul E. Weil), de la toux spasmodique (par excitation à distance du nerf laryngé supérieur), des crises asthmatiformes même (chez certains vagotoniques) et du ralentissement du coeur, ces deux derniers phénomènes par retentissement sur le vague.

Ces données expérimentales sont confirmées par la thérapeutique. Les attouchements de la muqueuse nasale, sous le cornet moyen avec un tampon imbibé de liquide de Bonain, mélange d'acide

phénique, de menthol et de cocaïne, (d'après les méthodes de Thurel et de Halphen), et l'anesthésie de cette même muqueuse à la novocaïne ont souvent amené la sédation d'un coryza spasmodique ou d'une asthme saisonnier. Et les quelques rares succès de la réflexothérapie endo-nasale, par épuisement des réflexes parasymphatiques, ont été obtenus dans le même ordre de cas.

L'influence du parasymphatique nasal dans la genèse de l'asthme saisonnier semble donc un fait évident.

A ce sujet, il est intéressant de noter que la sensibilité du parasymphatique nasal vis-à-vis des pollens peut s'accroître à la suite de perturbations endocriniennes d'origine génitale. Il existe des relations intimes entre les fosses nasales et le système génital: tous deux sont innervés par le parasymphatique et les modifications du tractus génital s'accompagnent souvent de manifestations nasales (congestion nasale post-coïtale, rhinite atrophique au cours de la grossesse, etc.)

Si la parasymphatose respiratoire est à prédominance sphéno-palatine l'on observera chez le patient ayant inhalé des pollens des symptômes nasaux et pharyngés plus accentués: le coryza spasmodique avec hydorrhée nasale et lacrymale, taux spasmodique, sueurs, congestion faciale. Si par contre, le point faible du parasymphatique respiratoire siège plus bas, au niveau des bronches, le retentissement vagal sera plus marqué.

Rôle du vague.

Agit-il par irritation directe de la muqueuse de la trachée et des bronches ou par propagation de l'excitation nasale provoquée par les pollens. Il serait difficile, croyons-nous, d'éliminer l'un ou l'autre de ces facteurs.

Le rôle du nerf vague dans l'asthme, (contraction spasmodique réflexe des muscles trachéo-bronchiques de Reissessen, hydorrhée bronchique consécutive), est trop connu pour que nous nous y arrêtions davantage.

Pour en revenir à nos patientes, toutes ces belles notions ne nous expliquent pas très bien comment l'autohémothérapie a pu

les guérir. Nous n'entreprendrons pas d'énumérer ici toutes les théories sur la diathèse colloïdologique et sur les chocs anaphylactiques. Nos patientes présentaient des phénomènes d'ordre neuro-végétatif liés à une idiocrasie respiratoire vis-à-vis les pollens et qui sont disparus à la suite d'un « choc humoral » causé par l'auto-hémothérapie.

Comment concilier ces deux données ?

Certains pourront croire à une guérison de la parasymphathose asthmatique par une excitothérapie compensatrice du système orthosympathique, excitothérapie, qu'aurait déclenchée l'autohémothérapie.

Nous persistons quand même à croire que la désensibilisation de l'asthme saisonnier par l'autohémothérapie est l'effet d'un choc humoral.

L'on ne se contente plus aujourd'hui d'expliquer les perturbations du système nerveux sympathique en le comparant à un réseau électrique délicat qui propage ses excitations à distance, à la façon d'un courant. Il semble que les choses se fassent beaucoup moins simplement. Le retour en grâce de la médecine humorale porte nombre de savants (Lowe, Dale, Cannon, Bacq, Lapique, etc.) à croire que le tissu ortho ou parasymphathique excité libère une substance (vg. la « sympathine » de Cannon) qui, charriée par le milieu humoral déclenche dans les organes les plus lointains les troubles les plus divers.

« *L'excitation du sympathique ou du vague paraît avoir pour unique résultat de libérer une substance chimique définie; son rôle s'arrête là et c'est la substance ainsi mise en liberté qui agit ensuite directement sur les tissus pour déterminer une contraction, un relâchement, une sécrétion, etc. . . . Une fois cette substance formée, le nerf devient inutile et l'on peut obtenir une réponse même de tissus privés de toute connexion nerveuse. L'innervation nous apparaît donc comme un mécanisme à deux étages dont les diverses phases peuvent être activées, retardées ou inhibées par les différentes drogues de la pharmacologie neuro-végétative* ». (May et Gallot, *loco citato*, pp. 335-336.)

Dans ces conjectures, l'autohémothérapie agirait plutôt à la façon d'un anticorps en neutralisant l'action de la substance libérée par le vagosympathique irrité.

L'on nous reprochera peut-être de nous être aventurés un peu trop loin dans le domaine de la théorie, sinon de la fantaisie. Le praticien désœuvré qui aura lu ces pages retiendra ces quelques faits:

1° L'asthme saisonnier non accompagné de lésions nasales ou de tares endocriniennes peut bénéficier d'un traitement par l'autohémothérapie. Les guérisons de l'asthme saisonnier par l'autohémothérapie n'étant pas définitives, il faudra, dans la plupart des cas, répéter le traitement à chaque printemps;

2° Cette méthode est simple, commode, praticable aussi bien à domicile que dans le cabinet de consultation.

3° Si l'autohémothérapie s'avère inefficace, on peut recourir aux injections désensibilisantes avec les peptones ou les extraits polliniques. Cette dernière méthode a l'inconvénient de coûter fort cher en raison des longues investigations diagnostiques qu'elle nécessite pour l'identification de l'agent asthmogène. Prônée hautement par certains asthmologues, fortement décriée par d'autres, il semble que ses résultats soient peu durables sinon fort aléatoires. Elle demeure à notre sens un pis-aller thérapeutique et un remède de luxe.

4° En cas d'échec avec les différents agents: adrénaline, atropine, médicaments vagolytiques ou sympathomimétiques, autohémothérapie, peptonothérapie, extraits polliniques, abcès de fixation, etc., et si un examen clinique et radiologique ne révèle pas d'épines pulmonaires, nasales, génitales, digestives, hépatiques, etc., il vaudra mieux confier le patient à l'otorhinolaryngologiste, qui tentera une cautérisation et une novocaïnisation de la muqueuse nasale, ou au radiothérapeute.

Pour conclure, nous devons avouer qu'en matière d'asthme nos échecs thérapeutiques ne dépendent pas toujours du remède lui-même, mais bien plutôt du mauvais choix du médicament fait à la suite d'un examen clinique incomplet. De tous les syndrômes mystificateurs de la pathologie humaine, l'asthme est un de ceux où le clinicien ne sera jamais trop attentif et minutieux dans son examen.

L'ILÉUS BILIAIRE

Par ÉDOUARD DESJARDINS.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les observations d'iléus biliaire ne sont pas très fréquentes. Le diagnostic positif n'en est d'ailleurs pas toujours aisé, car, avouons-le sans tarder, les signes en sont le plus souvent peu familiers.

Aussi à la faveur d'un cas, non reconnu toutefois cliniquement, mais découvert à l'autopsie, avons-nous cru bon de revoir les notions essentielles de cette affection.

Relatons brièvement l'histoire de notre malade, dont l'interrogatoire fut difficile et donna très peu de renseignements.

Il s'agissait d'une femme de soixante-quinze ans qui fut envoyée à l'hôpital pour obstruction intestinale datant de deux jours tout au plus, sans arrêt des gaz.

L'état général à l'admission était médiocre. La respiration était difficile, la face et les membres étaient légèrement cyanosés.

La malade se plaignait de vives douleurs au creux épigastrique et de vomissements durant depuis deux semaines et qui furent alimentaires d'abord, puis muqueux, bilieux et enfin, un peu avant l'entrée à l'hôpital, fécaloïdes.

Elle ne s'effraya pas dès l'abord de ces troubles digestifs, car elle était friande de fraises et avoua en avoir fait une large consommation, ce dont elle se crut punie, la gourmandise ne s'excusant plus à son âge, disait-elle.

L'apparition des vomissements fécaloïdes toutefois l'a incitée à consulter, d'où son transfert immédiat à l'Hôtel-Dieu.

La patiente nous dit souffrir d'une très forte hypertension artérielle depuis longtemps. A part cela, rien dans ses antécédents qui ne soit pathologique.

Sauf une cure de jeûne de temps à autre, elle ne fut jamais soumise à une thérapeutique quelconque. Elle nous dit cependant avoir déjà souffert de malaise gastrique avec parfois du pyrosis.

La pression artérielle est de 150/95, le pouls est à 80 et la température est normale. L'examen de l'abdomen révèle une sensibilité au creux épigastrique, mais pas de défense, ni ballonnement.

L'âge de la malade, la diminution des vomissements et le passage des gaz nous autorisent à tenter d'abord le traitement médical: glace sur l'abdomen, lavements hypertoniques et sérum hypertonique salé à 20% en injection intra-veineuse.

Cette thérapeutique s'avère tout de suite légèrement efficace. Il y a évacuation des matières, en plus des gaz. Mais la malade vomit encore cependant.

L'analyse des urines donne des traces d'albumine et dénote la présence de globules rouges. L'azotémie se chiffre à 1 gr. 625 ‰.

Le troisième jour après son entrée, petite selle liquide; les urines sont rares; les vomissements deviennent bilieux pour cesser complètement le lendemain.

Nous croyons à une obstruction incomplète chez une cardio-rénale et décidons de temporiser. On prescrit scillarène et lait de magnésie (toutes les deux heures jusqu'à effet).

Au soir du cinquième jour, toutefois, la patiente devient plus souffrante; elle se plaint de fortes douleurs abdominales. Elle a de vives nausées et ne peut dormir. Vers onze heures, elle a des vomissements fécaloïdes. On lui donne du sérum hypertonique en injection intra-veineuse, ce qui semble l'améliorer. Un lavement donné, tout de suite après, n'est pas effectif.

A quatre heures du matin, la patiente est de plus en plus souffrante. On lui fait une injection de morphine avec atropine qui la soulage et lui permet de reposer jusqu'à 6 heures.

Subitement, elle se plaint de douleurs très intenses, le pouls devient imperceptible, les membres se cyanosent et avant toute intervention, la fin s'amène.

L'autopsie, pratiquée par le docteur J.-L. Riopelle, nous donne la clé du problème et à notre diagnostic imprécis d'obstruction intestinale incomplète supplée celui, positif, d'iléus biliaire.

En voici l'excellent rapport que nous citons textuellement:
ILÉUS BILIAIRE

Patiente de plus de 70 ans, normalement constituée, dans un état d'embonpoint normal.

Varicosités des joues. Varicosités des membres inférieurs. Ecchymoses des genoux.

Ventre tendu, tympanique au niveau de l'ombilic, mat partout ailleurs.

À l'ouverture, pannicule adipeux de deux travers de doigt.

Athérome calcifié et ulcéré de l'aorte, surtout de la portion abdominale.

Athérome des coronaires.

Myocarde brunâtre, (poids du cœur 310 grammes).

Congestion pulmonaire hypostatique.

Adénopathie trachéo-bronchique avec enthracose ganglionnaire.

Abdomen: environ 500 cc. d'un liquide séreux, lactescent, riche en graisse, de coloration blanc-jaunâtre. Fausses membranes fibrineuses à la surface du jéjunum. Forte distension du duodénum, du jéjunum et d'une partie de l'iléon, jusqu'à 3½ pieds de la valvule iléo-coecale. À cet endroit, calcul biliaire ovoïde, mesurant 4 cm. de longueur et 2½ cm. de diamètre. Le reste de l'iléon est collabé. Colon normal. Périsplénite adhésive ancienne. Périduodénite et péricholécystite adhésives anciennes.

Cystique oblitéré. Cholédoque et hépatique perméables.

Le corps de la vésicule communique avec le duodénum, à 5 mm. du pylore, par un orifice mesurant environ 1 cm. de diamètre.

Reins: sclérose et athérome des artères rénales.

Légère atrophie de la corticale. Décapsulation assez facile. Rein légèrement bosselé.

Les faits à retenir immédiatement sont la présence dans l'intestin d'un calcul assez gros: 4 cm. de longueur par 2½ cm. de diamètre.

Pour se rendre à son habitat actuel, il a dû effondrer la paroi de la vésicule et celle du duodénum et cependant l'orifice de cette cholécysto-duodénostomie spontanée n'a qu'environ 1 cm. de diamètre.

Cet épisode a dû se produire il y a plusieurs mois et cependant la patiente ne se rappelait pas avoir beaucoup souffert de son abdomen.

La lecture de ce protocole d'autopsie est très intéressante et elle va nous fournir l'occasion de revoir un peu les notions essentielles à connaître de l'iléus biliaire.

Le diagnostic d'occlusion se fait par la présence des signes habituels et bien connus: les douleurs, les vomissements, les arrêts des matières et des gaz, le météorisme.

Les douleurs sont d'intensité variable et de localisation irrégulière, le plus souvent épigastrique au début. Les vomissements sont précoces et fréquents, alimentaires d'abord, puis muqueux, bilieux et fécaloïdes.

A noter ici, l'apparition précoce des vomissements fécaloïdes et leur caractère capricieux: cessation parfois complète pendant un jour ou deux pour reparaître ensuite.

L'arrêt des matières et des gaz n'est presque jamais complet, « arrêt vrai des matières, arrêt incomplet des gaz » (Nounyn). Le météorisme est moins marqué dans cette forme d'occlusion que dans les autres.

Le diagnostic d'occlusion doit être fait malgré le caractère capricieux des douleurs et des vomissements, malgré l'arrêt incomplet des matières et des gaz et malgré le météorisme plus ou moins évident.

Bien plus, le diagnostic de l'obstacle par calcul biliaire peut également être posé cliniquement, mais encore faut-il y penser et pour cela en connaître les signes particuliers.

Le calcul biliaire a gagné l'intestin de deux manières: ou par les voies naturelles, canal cystique et cholédoque, temporairement et généreusement distendues, ou par une communication anormale cholécysto-duodénale, ce qui fut le cas chez notre malade.

Cet abouchement cholécysto-duodéal peut se faire silencieusement par étapes: vieille lithiase biliaire sans grands signes, péri-cholécystite plus ou moins aiguë, enfin engagement du calcul dans l'intestin.

Le plus souvent il est facile à repérer par un interrogatoire adroit qui décèle dans le passé, même éloigné, des troubles digestifs

pouvant s'apparenter à une lithiase biliaire et qui reconnaît dans les mois qui précèdent une crise douloureuse abdominale.

Autre notion à retenir: l'iléus biliaire est une affection de femme âgée, le plus souvent entre 60 et 80 ans.

Certains signes ont été décrits par Chauffard comme propres à l'iléus biliaire. Ce sont le déplacement de la douleur qui chemine avec le calcul et le vidage brusque et massif de l'intestin. « Le signe qui possède la plus grande valeur, disent Leriche et Cotte, c'est la brusque apparition d'une tumeur dure en un point quelconque de l'abdomen; quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme et que peut exister, au début, le météorisme localisé. »

Suivons l'enseignement de Mondor et « en présence d'une vieille dame en occlusion, l'histoire de la migration du calcul étant aussitôt évoquée, grâce à la connaissance de ses antécédents pathologiques, on se mettra à la recherche du calcul dans le ventre. Cette recherche sera récompensée plus souvent qu'on ne nous l'a dit jusqu'ici. Cherchons dans la région ombilicale, dans la fosse iliaque droite; faisons, sans jamais l'oublier, le toucher vaginal, le toucher rectal. C'est peut-être à bout de doigt qu'est la réponse; elle peut être, tout à coup, d'une clarté limpide et faire lumineuse la solution d'un problème clinique difficile et jusque-là incertain. »

La radiographie, d'ailleurs, rend de très précieux services en montrant le siège et la cause de l'occlusion.

Le diagnostic d'iléus biliaire est possible, si les éléments en sont bien fixés dans l'esprit: le sexe, l'âge, les antécédents hépatiques, l'obstruction intestinale, les vomissements précoces, bilieux, puis fécaloïdes, la tumeur perceptible, les alternatives d'occlusion complète et de subocclusion.

Voilà l'image idéale. Il n'en est pas toujours ainsi et très souvent, plusieurs signes et non des moindres, font défaut.

Ainsi chez notre malade, il n'y avait ni antécédents hépatiques, ni tumeur, ni péristaltisme; seuls les vomissements fécaloïdes et les alternances d'occlusion et d'accalmie trompeuse, évo-

luant chez une femme de plus de soixante-dix ans, auraient pu nous orienter vers le diagnostic précis.

En principe, il faut donc rechercher les signes d'une occlusion intestinale aiguë, particulièrement du grêle (vomissements précoces, fécaloïdes, oligurie) ; il faut s'enquérir des facteurs étiologiques essentiels : vieille femme, à passé lithiasique ancien avec crise abdominale récente et déceler les signes physiques (présence d'une tumeur dure). Il ne faut pas oublier non plus que la clinique trouve un secours précieux dans la radiographie qui peut faire voir l'occlusion, son siège et sa cause.



L'ASSOCIATION GLUCOSE-INSULINE DANS LA MALADIE POST-OPÉRATOIRE

Par RENÉ DANDURAND

La maladie post-opératoire, ainsi dénommée par le Professeur Leriche, comprend une série de symptômes cliniques bien connus, auxquels s'ajoute le trépied biologique: hyperazotémie, hypochlorémie et hyperglycémie. Elle s'observe avec une constance remarquable et une intensité variable, à la suite de toute intervention chirurgicale; c'est pourquoi, la connaissance de ses manifestations humérales a soulevé d'énormes conséquences doctrinales et thérapeutiques. En effet, il est maintenant d'observation clinique courante de constater l'utilisation bienfaisante du sérum salé pour prévenir cette hyperazotémie par manque de sel. Pour notre part, au cours de cette étude, nous voudrions établir brièvement ou tout au moins justifier la valeur de l'association glucose-insuline dans la thérapeutique de cette maladie.

Tout d'abord, nous croyons utile de résumer d'une manière très succincte nos connaissances se rattachant aux deux premiers symptômes.

Plusieurs auteurs ont étudié cette hyperazotémie post-opératoire qui comprend à la fois l'azote uréique, résiduel et polypeptidique. Le premier, Hastings, aux Etats-Unis, a réussi à la provoquer expérimentalement, en ligaturant le duodénum du chien, et à l'enrayer par des injections de sérum salé. Puis, c'est en France que fut principalement étudié ce syndrome d'hyperazotémie par manque de sel, syndrome observé également au cours des vomissements incoercibles, des diarrhées profuses, des gastro-entérites, des sténoses pyloriques ainsi qu'au cours de la maladie post-opératoire. Rathery, après ses expériences sur la perfusion rénale, croit à un trouble humoral; le rein pour laisser passer l'urée doit être irrigué par un sang ayant une teneur en NaCl fixe et suffisamment élevée. L'accord n'est pas fait, à savoir si c'est le facteur sodium ou chlore qui est en cause.

D'autres théories furent émises, entre autres celle qui attribue à l'hyperazotémie le rôle de substance-tampon vis-à-vis de l'hypochlorémie. Mais, quoique nos connaissances sur cette question soient assez avancées, elles demeurent cependant encore incomplètes.

Puis, travaillant tout particulièrement sur l'azotémie post-opératoire, Pierre Duval et ses collaborateurs eurent le mérite de mettre au point, semble-t-il, sa valeur efficiente dans le choc chirurgical. Ils l'expliquèrent par une hyperpolypeptidémie déclanchée, au niveau des tissus lésés, par l'hypochlorémie. Et ces polypeptides, grosses molécules mises en liberté dans le torrent circulatoire en plus ou moins grande quantité selon la carence du chlorure de sodium, sont susceptibles également de déterminer de multiples lésions à localisations variées, légères ou graves. Il existe ainsi des accidents pulmonaires, à la suite d'opérations aseptiques sous anesthésie par inhalation; P. Duval et L. Binet ont démontré expérimentalement que pouvait être incriminée dans certains cas l'intoxication d'un organisme sensibilisé par les polypeptides libérés par les manoeuvres opératoires. Ils ont constaté deux sortes de lésions: atélectasie et apoplexie pulmonaires. Nous verrons plus loin dans quelle mesure et par quel mécanisme le foie est touché par ces produits intermédiaires des albumines, car il semble que c'est sur le foie et les reins que se fasse sentir la plus grave répercussion pathologique: origine probable du trouble glyco-régulateur observé dans la maladie post-opératoire, dont l'hyperglycémie est le troisième symptôme d'ordre humoral.

Hyperglycémie. — Minkowski montre le premier la possibilité d'une glycosurie après les interventions chirurgicales. A la suite, plusieurs ont noté ce phénomène ainsi que l'hyperglycémie.

Récemment, Warhembourg mesure chez quelques opérés le taux du sucre sanguin parallèlement à l'indice chromique résiduel. Ses conclusions sont les suivantes: 1° l'existence est vérifiée d'une hyperglycémie post-opératoire manifeste, durant les 24 ou 48 premières heures après l'intervention; 2° les variations de l'indose plasmatique sont à peu près parallèles à celles de la glycémie, mais l'amplitude semble en être souvent plus grande. Ses recherches

furent faites chez des opérés d'ulcère de l'estomac, de pancréatite oedémateuse, de néo du colon iliaque, de fracture de la rotule, d'appendicite, de cholécystite, de goître exophtalmique.

Bonomini Bruno, également, mesure chez 75 malades le taux du sucre sanguin, avant puis successivement 6 heures, 24 heures, 72 heures après l'intervention chirurgicale. Il constate à peu près les mêmes phénomènes. D'autre part, il observe l'apparition du maximum du taux de la glycémie tantôt à la fin de la narcose, tantôt 6 heures, tantôt 24 heures, tantôt 48 heures après l'intervention, et montre que ce maximum est d'autant plus net, plus accentué que l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, pratiquée avant l'opération révèle une élévation anormale de la glycémie, concluant ainsi à un trouble glyco-régulateur lors de l'hyperglycémie post-opératoire.

D'autres auteurs ont aussi étudié la question et vérifié les travaux de Bruno. Il semble qu'il y ait accord surtout sur l'ascension plus ou moins immédiate et progressive de la glycémie et sur son retour à la normale.

Il paraît y avoir également un parallélisme entre les variations glycémiques et la nature de l'intervention. Ce sont les opérations portant sur la vésicule biliaire, les voies biliaires, qui fournissent les chiffres les plus élevés. Les interventions portant sur le tractus gastro-intestinal viennent ensuite; puis celles portant sur la paroi abdominale, les membres, les reins, etc.

Il n'y a aucun doute que la durée de l'intervention et la nature de l'anesthésie jouent un rôle très important sur ces variations.

Comment expliquer ces faits, qui, comme nous le verrons, sont riches en conséquences thérapeutiques?

Rappelons immédiatement que l'hyperglycémie post-opératoire est due à la libération du glycogène hépatique. En effet, si l'on envisage les différentes causes susceptibles d'élever la glycémie avant, pendant et après l'intervention, on voit que toutes concourent, par un mécanisme quelquefois différent, à cette libération, et partant à l'insuffisance hépatique.

Tout d'abord, voyons les deux principales causes, l'anesthésie et le choc chirurgical, et leurs effets sur la glycémie.

L'hyperglycémie chloroformique a été révélée depuis longtemps par de nombreux auteurs, entre autres Scott, Lépine et Mackay. Elle peut être légère mais peut atteindre 3 grammes, et être accompagnée de glycosurie.

L'anesthésie à l'éther élève la glycémie, quelquefois jusqu'à 50% de son taux initial. Cette hyperglycémie n'est nullement proportionnelle à la dose totale du produit employé, ni à la durée de l'anesthésie. Observée dès la fin de la narcose, elle peut se prolonger de 5 à 24 heures. L'homme et l'animal sains, ainsi que le diabétique et le chien dépancréaté sont affectés dans le même sens.

Warhembourg a dosé le glycogène hépatique d'un chien par des biopsies du foie avec suture immédiate de la glande; l'animal était tenu sous anesthésie pendant deux heures. Voici les chiffres:

	Glycémie	Glycogène hépatique
avant l'anesthésie	1.10 gr.	22.48 gr.
15 heures après anesthésie ...	1.18 "	22.09 "
60 heures après anesthésie ...	1.80 "	20.51 "
120 heures après anesthésie ...	2.08 "	12.95 "

On a également relevé des hyperglycémies après administration du chloral, d'hédonal, de dial, de luminal, de l'uréthane (Bang, Underhill, Hirayama, Murphy, Young, Parvel etc.). L'amytal, le somnifène n'exercent guère d'action sur le taux du sucre sanguin.

Randone constate l'hyperglycémie à la suite de l'anesthésie rachidienne, tandis que Lefebvre l'observe après l'insensibilisation locale.

La seconde cause essentielle de l'hyperglycémie post-opératoire semble être le choc chirurgical, la destruction cellulaire secondaire aux manœuvres. Dans les chocs anaphylactiques et protidiques, ils ont recueilli les mêmes résultats probants à cet égard. Introduisant chez le cobaye par la voie intra-veineuse 1 cc. 50 de solution de peptone à 10%, ils réalisent une ascension de la glycémie de 50 à 100%, et observent en même temps une diminution du sucre

protéidique de 30 à 40%. Masanosuka Watsabé, MacCullough, O'Neill, Nitzescu et Benetato confirment ces résultats à l'aide de méthodes, d'animaux et de substances différents. Quelques-uns d'entre eux réalisent des variations portant sur le temps de l'apparition et la durée de l'hyperglycémie.

Or, comme nous l'avons indiqué précédemment, cette libération de produits intermédiaires des protides est intense dans la maladie post-opératoire. L'histolyse libre des polypeptides, des peptones, des acides aminés etc., provoquant les mêmes troubles humoraux qu'indiquent ces expérimentateurs.

De même, cette hyperglycémie est due à l'hyperglycogénèse hépatique, comme l'a confirmé Labarre quand il montra l'abaissement de l'hyperglycémie post-opératoire en abolissant la circulation hépatique. De leur côté, Chambers et Thompson diminuent par le choc histaminique le glycogène hépatique chez le chien et le cobaye.

Les mêmes faits peuvent s'observer comme conséquence d'autres causes susceptibles d'élever la glycémie au cours des opérations. Prenons le jeûne qui précède toute intervention. On sait que le jeûne augmente l'aire du triangle hyperglycémique. L'émotion est un autre facteur concourant aux mêmes effets. Les tiraillements sur les organes et les nerfs agissent de la même façon, en engendrant une irritation sympathique, qui, par adrénalo-sécrétion assure l'élévation du taux du sucre sanguin. L'acidose qu'on rencontre fréquemment après les interventions est toujours concomitante à la hausse de la glycémie (Winner et Schneider, Bonomini Bruno).

Tous ces facteurs, unis dans leur déterminisme par des liens étroits, conduisent à l'hyperglycogénèse hépatique. Mais quel est l'agent immédiat de ce phénomène? C'est une question dont la complexité ne saurait être analysée longuement dans un article comme celui-ci et qui d'ailleurs demeure pour le moment assez obscur.

Toutefois, l'opinion généralement partagée semble se fixer soit sur l'intervention adrénalo-sympathique, soit sur l'intervention du parasympathique intra-hépatique. Peut-être, et probablement

il en est ainsi; d'autres facteurs mêlent-ils leurs influences respectives, mais ils sont sûrement d'ordre secondaire.

Les anesthésiques parviennent-ils à agir directement sur la glande hépatique soit par leur toxicité, soit par leur pouvoir modificateur du *ph*, car ni l'injection d'ergotamine ne modifie l'hyperglycémie, ni l'action de l'atropine ne la prévient? De toute façon, la question est encore mal réglée. Dans le choc, les produits intermédiaires protidiques jouent-ils le même rôle physique sur l'adrénalo-sympathique que le carbone intra-veineux (Aug. Lumière) ou bien agissent-ils par leur nature chimique? Etant donné l'échec de l'ergotamine, certains auteurs se rallient à l'origine parasympathique intrahépatique de l'hyperglycogénèse du choc, tandis que d'autres admettent un antagonisme à phases variables entre les deux systèmes vague et sympathique.

Par contre, on peut être sûr, selon Labarre, de la complète indépendance entre ce phénomène biologique et les centres glyco-régulateurs.

Le jeûne, l'acidose, les tiraillements tissulaires soulèvent les mêmes questions.

Devant tous ces faits et toutes ces opinions, nous sommes en droit de conclure que le mécanisme de l'hyperglycogénèse post-opératoire est à la fois sous la dépendance de plusieurs agents dont l'adrénalo-sympathique, le parasympathique intrahépatique, la réponse directe de la glande hépatique à la toxicité des éléments chimiques; nous pouvons ajouter la leucopénie périphérique du choc chirurgical intervenant par l'appauvrissement du milieu sanguin en ferments glycolytiques. Il ne faut pas négliger le rôle du sucre protéidique, de la pression osmotique, etc.

Conclusions pratiques: Il découle de cette étude un intérêt thérapeutique tout à fait important et déjà plusieurs auteurs l'ont compris. Bonomini Bruno utilise l'insuline en une seule dose de 15 unités après l'intervention chirurgicale. D'autres multiplient les injections. Ils emploient avec plus de succès l'association sucre-insuline, injectant deux fois par jour et pendant 3 jours 100 cc. de sérum hypertonique à 300⁰/₀₀ avec 15 unités d'insuline à chaque

fois. La glycémie revient à la normale, la polypeptidémie et l'aminocidémie baissent, et le choc est considérablement diminué.

Nous croyons préférable l'injection intra-rectale ou sous-cutanée du glucose à une concentration moins élevée. Unie aux autres traitements habituels, elle rendra certainement de grands services.

Sans doute, comme nous l'avons écrit dans un article précédent, l'association glucose-insuline reconstitue la réserve glycogénique du foie qui, à la suite, récupère ses fonctions antitoxiques; cet organe est capable alors de satisfaire aux exigences de l'économie au fur et à mesure de ses besoins, toujours accentués au cours des interventions.



LES TUMÉFACTIONS PÉRINÉALES CHEZ L'HOMME ¹

Par OSCAR MERCIER.

Les inflammations périurétrales, les tumeurs de l'urètre, les inflammations de la glande de Cooper s'extériorisent au périnée par une tuméfaction. C'est par l'évolution de la maladie et les caractères de cette tuméfaction que le diagnostic sera établi. Dans ce but, le médecin doit étudier la situation et les relations de la tuméfaction avec la profondeur. Une situation latérale montrera rapidement qu'il s'agit d'une affection de la glande de Cooper. L'absence de connexion avec l'urètre éliminera les inflammations périurétrales et indiquera qu'il s'agit d'une infection superficielle des glandes de la peau.

Les inflammations périurétrales se subdivisent selon la virulence de l'infection en infiltration d'urine, en abcès urinaire et en tumeur urinaire.

L'infiltration d'urine, ou le phlegmon diffus périurétral, sera toujours facilement reconnue. Elle s'accompagne ordinairement d'une élévation thermique, mais ce qui attire l'attention est l'atteinte de l'état général qui est aussi grande que dans les graves septicémies. Localement, ce phlegmon diffus est caractérisé par la tuméfaction diffuse du périnée qui s'étend rapidement aux bourses, à la verge, aux aines et à la région sus-pubienne. La tuméfaction du périnée est au début rouge et va au delà de l'anus. Les bourses sont oedématisées et rouges. Vers la cinquième journée ici et là sur cette tuméfaction apparaissent des plaques noires de sphacèle. Devant cet aspect, le diagnostic ne peut être hésitant. Tout au plus, pourrait-on confondre l'infiltration d'urine avec la gangrène foudroyante de la verge et des bourses, infection qui n'a aucun rapport avec l'urètre. Dans ce cas, la verge et les bourses sont rouges, noirâtres

¹ Leçons aux élèves de IV^e année.

et sphacélées, mais le périnée ne présente aucune modification et reste indemne.

L'abcès urineux, ou la périurétrite suppurée s'accompagne d'élévation thermique, mais l'état général est bon. La douleur périnéale attire l'attention sur une tuméfaction du périnée. Celle-ci, visible, est nettement perceptible à la palpation; souvent elle ne présente ni rougeur, ni oedème. La palpation montre qu'elle est médiane, allongée dans l'axe de l'urètre et qu'elle a des connexions profondes. Elle est immobile latéralement comme l'urètre, fixe dans le sens antéro-postérieur. Sa consistance variable est tantôt dure, tantôt rénitente et même fluctuante. Cette tuméfaction médiane, allongée, reliée à la profondeur, immobile dans le sens antéro-postérieur, pourrait être confondue avec une coopérite, avec un furoncle du périnée, avec un abcès lymphangitique d'origine anale, ou avec un abcès de la prostate ayant évolué vers le périnée.

La situation médiane éliminera une coopérite dont nous verrons plus loin les caractères. Le furoncle et l'abcès lymphangitique du périnée sont facilement reconnus par la mise en évidence de leur absence de connexion avec l'urètre. Dans ce cas, la palpation permet de reconnaître que la tuméfaction est superficielle et peut être isolée des tissus profonds. L'abcès de la prostate est rapidement diagnostiqué, si le médecin pratique un toucher rectal qui lui montrera une prostate suppurée.

La tumeur urineuse, ou la périurétrite chronique, ne produit aucune modification de l'état général et aucune élévation thermique. Le seul symptôme est la saillie périnéale. Celle-ci, du volume d'une noix a une situation médiane. Elle est très dure, bien limitée et ne s'accompagne ni de rougeur, ni d'oedème. Comme l'abcès urineux, elle présente des connexions intimes avec l'urètre et elle est fixe dans le sens antéro-postérieur, mobile latéralement. Bref, elle mérite bien par ses caractères aphlogistiques et de dureté le nom de tumeur et ne peut guère être confondue qu'avec un néoplasme de l'urètre au début.

L'épithélioma de l'urètre qui a presque toujours son origine à la portion périnéo-scrotale évolue vers le périnée. Il existe alors une tuméfaction périnéale qui fait corps avec l'urètre. Elle a comme

point de similitude avec la tumeur urineuse sa dureté. Mais son absence de limitation, sa diffusion rapide dans le tissu du périnée ne peuvent porter à confusion. De plus, la palpation met en évidence, qu'il s'agit d'une masse qui augmente en totalité le corps spongieux. A un degré avancé, cette masse se complique d'abcès et de fistule. Cependant, le cancer de l'urètre sera à cette époque facilement reconnu par sa dureté, son irrégularité et sa diffusion. Tout le périnée est alors envahi par la néoplasie et il existe de nombreux ganglions aux régions inguinales.

Parmi les infections de la glande de Cooper il n'y a guère qu'une inflammation aiguë qui puisse produire une tuméfaction périnéale visible. Elle est d'ailleurs beaucoup plus évidente au palper. Elle siège un peu en arrière du scrotum, et elle est latérale, allongée d'avant en arrière. Au début, sa consistance est ferme et les téguments conservent leur coloration normale. Si l'évolution se fait vers la suppuration le volume qui était celui d'une noisette augmente, la peau devient rouge et la consistance est fluctuante. La situation latérale de la tuméfaction indiquera l'affection qui ne pourra guère être confondue au début qu'avec une tuberculose de la glande de Cooper. Cette dernière est fort rare, et sa nature sera reconnue lorsqu'il n'existe aucune infection blennorrhagique. La coopérite chronique ne sera dépistée que par le palper bidigital. Entre le doigt rectal et le doigt périnéal, on perçoit une petite masse du volume d'une noix ou d'une olive située latéralement un peu en arrière du scrotum.



LA CONSTIPATION

Par ADRIEN BRUNET,

Médecin de l'Hôtel-Dieu

De tout temps, nombre d'auteurs ont élaboré des théories sur le mécanisme de la constipation. Dernièrement, à la Société de Gastro-entérologie de Paris, dans une intéressante communication A.-C. Guillaume a, lui aussi, émis une théorie tentant d'expliquer le mécanisme de la constipation.

Guillaume commence pas situer le problème qu'il veut discuter. Ce ne sont pas les conséquences de la constipation qu'il veut nous montrer mais bien la constipation elle-même, i.e. l'arrêt des matières fécales dans l'intestin.

Comme le problème ne peut pas se résoudre par des expériences chez les animaux, c'est aux seuls faits cliniques qu'il faut se rapporter. Il y a quatre causes mécaniques qui président à la progression du contenu intestinal dans le côlon et à son évacuation hors du côlon: « 1° le contenu de l'intestin, qui doit cheminer au long du côlon pour être expulsé à l'orifice de sortie; 2° le tube colique dont la contraction tend à chasser le contenu; 3° la paroi abdominale qui comprime le tube colique et fait effort pour en exprimer le contenu; 4° le muscle sphinctérien qui, entourant l'orifice de sortie du côlon ouvre ou ferme cet orifice. L'effort du colon et celui de la paroi tendent donc à faire franchir l'orifice sphinctérien par le contenu colique, et, à l'inverse pendant cet effort, l'orifice sphinctérien s'ouvre largement ou ne s'ouvre pas. » Si ces quatre forces sont en opposition, le passage du contenu colique est retardé et il y a constipation; celle-ci devient évidente pour le patient lorsqu'il s'écoule un temps assez prolongé entre deux selles. Il n'y a pas de constipation, s'il y a au moins tous les jours une complète exonération et une évacuation régulière de l'ampoule recto-sigmoïdienne.

A part la sensation désagréable de plénitude, la constipation n'offre pas par elle-même un grand intérêt pathologique. Les con-

séquences seules et les complications peuvent produire des troubles importants: intoxications, compression, etc.

Les conditions qui règlent la constipation sont la fréquence et le volume des évacuations et c'est à ce seul point de vue que l'on doit se placer si l'on veut juger de cet état.

En employant ces critères, voici les cinq propositions que Guillaume a tirées de l'étude des cas cliniques, soit à propos de maladies ou d'interventions chirurgicales.

PREMIÈRE PROPOSITION. — « Dans la constipation, l'obstacle à l'évacuation du gros intestin est dans la partie toute terminale du colon. »

Les preuves viennent de deux sources: chirurgicales et radiologiques ou endoscopiques.

Chirurgicales. — Dans les cas où l'on pratique un anus artificiel ou contre nature sur le côlon sigmoïdien, quelle que soit la cause morbide qui a nécessité cette intervention, on voit l'intestin se vider de lui-même par cet anus artificiel tous les jours et plusieurs fois par jour autant de fois qu'il y a de repas, comme chez le nourrisson, et ceci même chez les constipés chroniques. Et Guillaume conclut: « La colostomie basse ramène, dans l'intestin, l'automatisme primitif. Cette constatation indique que, dans la constipation, la cause du retard apporté à l'évacuation des matières n'est pas dans la partie pré-sigmoïdienne du côlon, mais, certainement dans la partie post-sigmoïdienne. »

Radioscopiques et endoscopiques. — La radiographie et l'endoscopie ont montré que chez les constipés, le bol fécal arrive facilement jusqu'au rectum, et que c'est là qu'il s'accumule; ce qui permet de situer la cause du retard d'évacuation dans le canal anal.

DEUXIÈME PROPOSITION. — « L'existence de selles liquides annule les conditions qui produisent la constipation. »

En effet, que ce soit par une sécrétion intestinale abondante due à un médicament purgatif ou laxatif ou que ce soit par l'introduction d'eau d'un lavement, les liquides sont rejetés. N'observe-t-on pas souvent des colitiques avec diarrhée profuse et selles liquides,

sous l'effet d'un traitement qui n'agit aucunement sur le péristaltisme intestinal (bismuth, vaccins, etc.) devenir des constipés opiniâtres. « C'est, dit Guillaume, à la suppression de la sécrétion, à l'assèchement de la muqueuse que l'on doit attribuer l'arrêt de la diarrhée et non pas à la sédation des mouvements intestinaux. Si le patient retient inconsciemment assez facilement la masse fécale, quand elle est solide et pâteuse, il ne peut guère la retenir quand elle est liquide. L'impérieux besoin de défécation est plus facilement réveillé, à volume égal, par un contenu liquide que par un contenu solide. » Ces constatations permettent donc de penser que la cause de la constipation est dans le mécanisme régulateur de l'échappement intestinal, dans un défaut de fonctionnement du contrôleur de sortie de l'intestin.

TROISIÈME PROPOSITION. — « Le blocage du mécanisme ano-rectal d'évacuation colique entraîne des modifications dans la motricité du reste du côlon. »

Si, pour une raison ou une autre, malgré des sollicitations intestinales, l'individu maintient son orifice anal fermé, l'on voit survenir des modifications dans la motricité du côlon. Le côlon restera atone ou spasmé suivant l'état d'équilibre vago-sympathique du sujet. D'autre part si l'on cherche à réveiller le péristaltisme par des médicaments, le bol fécal ne trouvant pas d'issue du côté anal remonte le courant et le péristaltisme se trouve renversé. « Le sens du péristaltisme dépend en effet de la résistance éprouvée par le contenu à progresser dans un sens déterminé; le péristaltisme finit toujours par se produire dans le sens où la résistance est la moins importante. »

Voici une observation que l'auteur rapporte pour appuyer cette proposition.

« Un patient atteint de furonculose grave, très nerveux, fort inquiet, agité et pusillanime, se laisse aller à négliger son intestin, d'autant qu'une inflammation de la région anale, en rapport avec la furonculose, produit une gêne à la défécation; bientôt, des selles dures éraillent la muqueuse anale, il se produit une petite fissure douloureuse, qui accentue la répulsion du sujet pour forcer le passage du

sphincter spasmé et de la muqueuse endolorie. Pour réduire la constipation, on use de suppositoires calmants, de lavements, et même de purgations, mais le sujet rejette, avec peine et contorsions quelques matières filiformes et même un peu des liquides de purgation. Et cela, malgré des coliques violentes. Le ballonnement se produit et il paraît évident qu'un obstacle à l'expulsion des matières empêche l'évacuation et intervient au moment où le sujet se présente à la selle. On fait, deux jours de suite, un toucher rectal, qui ne montre rien, ni obstacle, ni matières dans l'ampoule. Et, lors du deuxième toucher, le sujet est pris à nouveau de violentes coliques, il se présente à la selle, fait des efforts, pousse des cris (produits par les douleurs sphinctériennes), et se rejette dans son lit. Pendant qu'il fait des efforts et pousse, on pratique le toucher rectal et, enfin, pendant un effort, le doigt sent qu'une masse fécale très volumineuse vient au contact, alors qu'un instant auparavant l'ampoule était vide, puis, l'effort se relâchant, la masse remonte et cesse d'être atteinte. Renversant le sujet sur le ventre, on le fait donc pousser énergiquement, et la masse revient au contact, on l'accroche, et malgré les cris produits par la dilatation forcée du sphincter, on extrait, par une traction brusque qui dilate fortement l'anus, une énorme masse de matières pâteuses et solides, un volumineux bouchon. Aussitôt, le sujet se précipite sur un récipient et rejette, en deux ou trois fois, une énorme quantité de matières liquides avec de petites masses pâteuses. L'abdomen est aussitôt déballonné, les coliques cessent, le sujet est soulagé; dans les jours suivants, les selles se font normalement, grâce à la dilatation de l'anus. Il est évident, dans ce cas, qu'il s'était constitué un bouchon rectal formé à la suite du renoncement à l'effort anal (conséquence des craintes de douleurs et du spasme inconscient du sphincter). Ce bouchon était poussé par le péristaltisme vers l'anus au moment des contractions réveillées par les laxatifs, il bouchait alors l'intestin à la manière de ces bouchons de verre enfermés à l'intérieur d'une bouteille et il empêchait l'évacuation des selles liquides, puis, ne trouvant pas sa voie dans le sens normal, était ramené vers le côlon par l'antipéristaltisme qui succédait au péristaltisme. Aussitôt le bouchon extirpé et le sphincter relâché par la dilatation forcée qui avait accompagné l'extraction

du bouchon, aucun obstacle ne s'opposant plus à une action efficace du péristaltisme, celui-ci a vidé régulièrement l'intestin. »

Cet exemple nous fait voir que le blocage du mécanisme ano-rectal d'évacuation produit dans le côlon, soit un arrêt de la motilité (par inhibition rétrograde) soit de l'antipéristaltisme. Et par ces constatations, Guillaume en conclut: « La constipation a une cause située dans la partie toute terminale du côlon; on peut même ajouter que cette cause est anale et surtout sphinctérienne. »

QUATRIÈME PROPOSITION. — « Le retard apporté à l'évacuation du côlon (la constipation) est entièrement dépendant du mécanisme régulateur qui contrôle l'échappement. »

Il est très difficile de se rendre compte de la vérité de cette proposition dans les cas cliniques de constipation. Mais par les cas d'anus contre nature il nous est possible de nous rendre compte que le contrôle de l'échappement est sous la dépendance du sphincter soumis à la volonté. En effet les chirurgiens savent tous comment placer l'anus contre nature au milieu de la musculature pariétale abdominale, pour que les muscles abdominaux puissent avantageusement remplacer le sphincter anal. Que se produit-il? Dans les premiers temps qui suivent l'opération, l'intestin, obéissant au péristaltisme qui accompagne les repas, se vide souvent, mais plus tard « grâce à l'action volontaire du muscle abdominal » le patient peut exercer un contrôle sur l'émission des selles. Et ce contrôle est tel que l'abdomen arrive à faire ce que le sphincter anal faisait auparavant i.e. à laisser passer les selles à la volonté du patient. « On voit bien ainsi que le colon est subordonné à l'appareil régulateur des phénomènes d'ouverture et de fermeture de l'orifice de sortie; on est donc obligé de conclure que cet appareil régulateur joue le rôle principal dans la constipation. »

CINQUIÈME PROPOSITION. — « La fermeture persistante de l'appareil régulateur de l'orifice de sortie de l'intestin, est due à un état spasmodique du sphincter qui ferme le canal anal, et ce spasme anal est, avant tout, d'origine cérébrale et psychique. »

Il est facile de se rendre compte de cette proposition chez les constipés par des faits qui modifient le psychisme de ces constipés

modifient également leur constipation. L'anesthésie générale, l'ivresse, l'accouchement, la dilatation anale qui, en supprimant le spasme anal conscient suppriment également la constipation.

CONCLUSIONS. — En conclusion de tous ces faits l'auteur nous laisse voir que tout dépend du mécanisme régulateur de l'orifice anal. C'est, dit-il, une lutte entre le Psyché et le Soma; contrairement à ce que l'on pourrait penser, le Psyché agit involontairement et inconsciemment pour tenir le sphincter anal en état de spasme et le Soma force se spasme dans des efforts conscients et volontaires.

Aussi avant de juger d'une thérapeutique contre la constipation, on doit toujours compter sur les effets de la psychothérapie. Certains médicaments sont pourtant rationnels et concordent avec cette théorie énoncée plus haut.

Les purgatifs salins fournissent des selles liquides et sont conformes à la deuxième proposition, les purgatifs drastiques augmentent le péristaltisme pour forcer le sphincter anal. Les substances lubrifiantes en permettant le glissement des selles réduisent la résistance sphinctérienne et les substances faisant volume permettent à la musculature abdominale d'appuyer l'onde péristaltique pour forcer le spasme sphinctérien.

En dehors de ces traitements, il faut beaucoup compter sur la thérapeutique psychothérapique.



REVUE DES LIVRES

LA DIÉTÉTIQUE

Ouvrage écrit en collaboration.

Nous ne saurions mieux présenter cet excellent volume qu'en reproduisant quelques extraits de la préface, écrite à son intention par le docteur Roméo Pepin.

« Chaque année, dit-il, le nombre des médicaments augmente à tel point que les médecins éprouvent beaucoup de mal à faire un choix judicieux entre ceux qui, tels des voyageurs, ne feront que passer et ceux qui semblent devoir acquérir droit de cité. C'est que l'on n'observe pas dans le domaine des médicaments, abstraction faite de quelques-uns d'entre eux, cette constance des résultats qui consacre l'emploi des régimes alimentaires en thérapeutique.

« Des études biologiques, chimiques et cliniques, poursuit-il, ont précisé l'indication des divers régimes et établi leur valeur à l'endroit des diverses entités morbides. Si la diète n'intervient pas souvent comme thérapeutique univoque, au moins possède-t-elle une action manifeste chaque fois que son ordonnance est formulée de façon adéquate. Le bilan des viscères établi, on peut fournir à l'organisme humain l'énergie nutritive qu'il requiert suivant la forme isodynamique compatible avec les insuffisances fonctionnelles mises en lumière. Le régime alimentaire s'est élevé au rang d'un facteur thérapeutique de premier plan, à la même enseigne que l'hygiène, la chirurgie et les médicaments. »

L'importance du régime alimentaire est telle de nos jours que le volume que nous analysons est riche de plus de trois cents pages.

Il débute par un aperçu historique sur l'alimentation et par des considérations générales sur la diététique.

L'ouvrage est divisé tout d'abord en huit parties de proportions inégales, mais d'intérêt soutenu.

Ces parties, à leur tour, sont subdivisées en chapitres, lesquels se fractionnent également.

La première partie rafraîchit les mémoires en faisant un rappel précis et suffisant des notions anatomiques et physiologiques concernant le tube digestif.

La deuxième partie étudie les éléments et composés du corps humain, d'abord les composés inorganiques, comme l'eau et les matières minérales: fer, calcium, magnésium, sodium et potassium, chlore, soufre, phosphore, iode, arsenic, etc., puis les composés organiques, à savoir: les carbures d'hydrogène, les lipides, les glucides et les protides.

La troisième partie s'attache aux facteurs régulateurs des échanges nutritifs, soit les vitamines liposolubles et hydrosolubles, les hormones, les diastases et le système nerveux.

La quatrième partie fait l'examen des aliments, qu'ils soient d'origine animale, tels le lait, les oeufs, la viande et le poisson, d'origine végétale, comme les céréales, les légumes, les fruits et les aliments sucrés, ou d'origine minérale, voire l'eau, l'oxygène, le chlorure de sodium et les sels divers.

La cinquième partie s'intéresse aux condiments, aux boissons et aux aliments irradiés.

La sixième partie expose les modificateurs de l'appétit et de la digestion en notant certains adjuvants de l'appétit et en insistant sur la répartition des repas et leur ponctualité, en veillant à la cuisson et à la digestibilité des aliments et en présidant à l'organisation du menu.

La septième partie élabore les régimes du sujet sain d'abord, suivant l'âge, le sexe et la profession, puis du sujet malade.

C'est la partie évidemment la plus développée, puisqu'elle est, si nous pouvons dire, la charpente de l'ouvrage.

Le régime normal de l'adulte fait l'objet du premier chapitre avec rappel des notions du métabolisme basal et des dépenses calorifiques journalières de l'organisme humain adulte.

Les régimes varient avec l'âge, le sexe et la profession; ce qui donne l'occasion de connaître les régimes du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du vieillard, de la femme enceinte, des sportifs et des intellectuels.

Le régime du sujet malade est la raison d'être première de ce volume. Aussi fait-il l'objet de cent pages, pleines d'enseignements et d'un intérêt très grand.

Ces pages concernent d'abord les régimes généraux, à savoir les régimes de restriction, les régimes exclusifs (fruitarien, végétarien et carné), les régimes de suralimentation (hyperazoté, hypercalorifique, hypervitaminisé, hypergraisseux, hyperminéralisé, hypercalcique, hyperphosphaté, riche en fer et riche en iode) et des régimes divers (alcalinisant et acidifiant), puis les régimes spéciaux.

Ceux-ci sont éminemment variables avec les maladies en cause. Aussi les a-t-on étudiés en regard de chacune de celles-ci: maladies fébriles, maladies du tube digestif, du foie, du pancréas, du coeur, des vaisseaux, du sang, des voies urinaires, de la nutrition font l'objet de nombreuses dissertations sur le régime alimentaire qui leur est approprié.

La huitième partie est courte et n'est qu'un corollaire à la partie précédente. Elle voit au contrôle des régimes et à l'alimentation artificielle.

La neuvième et dernière partie apporte les données pratiques par des formules culinaires et l'explication des mesures avec table des équivalences.

Voilà donc l'agencement général de ce beau livre de diététique. La construction en est logique: bases anatomique et physiologique, échafaudage chimique.

Les éléments du corps humain et ses besoins en aliments une fois connus, et ces derniers bien définis, l'étude des régimes s'amène normalement, tant chez l'homme sain que chez l'adulte.

Cet ouvrage a été écrit en collaboration et cette « collaboration médicale, — pour citer de nouveau la préface du docteur

Pepin — en même temps qu'elle élargissait le cadre de l'ouvrage projeté, a rendu ce manuel précieux pour l'étudiant en médecine et même le médecin tracassé par le travail quotidien, ce dernier ne peut matériellement consacrer à l'information le temps nécessaire. Il ne réussit qu'à édifier des diètes « d'à peu près », diètes qui ne rendent justice à personne. Une consultation rapide de la diététique lui évitera bien des écueils. »

Nous partageons entièrement cette opinion et croyons cet ouvrage fort susceptible non seulement d'intéresser, mais de rendre de très grands services aux praticiens. Prenons le régime hypercalorifique, par exemple.

« Le régime élevé en calories se prescrit pour augmenter le poids du malade, en accroître le rendement d'énergie, etc. Il trouve également son indication dans l'hyperthyroïdie.

« Pour obtenir un gain de poids, il peut suffire à certains sujets de prendre une nourriture plus abondante et de se priver d'exercice. Mais le plus souvent on aura recours au régime diététique.

Les principales considérations qui doivent nous guider dans la préparation du menu sont les suivantes:

Elever graduellement les calories de 50 à 75% au-dessus du taux normal chez les sujets de poids moyen, soit un total qui peut atteindre 4000 à 5000 calories. Un changement brusque de régime déterminerait une surcharge graisseuse.

Le régime hypercalorifique visera non seulement à développer l'embonpoint, mais assurera, en plus, la réfection musculaire par quantité suffisante de protides (100 à 120 grammes). Ces aliments, d'origine protéique, seront pris sous forme de substances ayant une haute valeur biologique pour ne pas augmenter exagérément, le volume des repas: lait, oeufs, viande, etc.

A plus forte raison devra-t-on élever le taux des glucides chargés de fournir environ 50% des calories. Les céréales, le pain,

les légumes, les pommes de terre, le miel, les fruits, la lactose, les confiseries: gelée, confitures, chocolat (sucre et graisses) en constitueront la source.

Les graisses jouent aussi un grand rôle dans la guerre des calories. Il est facile d'accroître leur taux par l'addition de beurre, de crème concentrée, de lard fumé (bacon) et de salade à l'huile (mayonnaise).

Les vitamines se trouvent dans les aliments déjà mentionnés. Pour obtenir une surélévation de calories, ingérer entre les repas et au coucher du lait (moitié crème), de la crème concentrée ou des jus de fruits avec lactose. On peut faire différentes combinaisons: chocolat au lait, bouillon à la reine ou oeuf battu dans des jus de fruits, etc.

En résumé, vivre aux dépens d'une diète riche en lipides et en glucides. »

Voilà, pris au hasard, un régime parfaitement établi et dont la connaissance est susceptible de rendre de très grands services.

La Diététique s'intitule modestement un manuel, mais il nous paraît digne d'une meilleure qualification.

Sans être un traité il est un excellent précis. Rédigé en collaboration, il est à l'abri de toute erreur de doctrine, car les spécialistes ont été consultés et ont donné leur imprimatur.

Il est donc possible de se livrer à son étude en toute confiance et d'en retenir avidement les enseignements pratiques.

La Diététique est suivie d'un appendice bifide. La première partie est historique et montre l'évolution de la diététique à l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis Jeanne Mance jusqu'à nos jours. La seconde partie est utilitaire et indique toute une série de questions susceptibles d'être posées aux infirmières lors de leurs examens.

Enfin l'ouvrage se termine par une longue bibliographie.

Remercions Sr M., puisqu'elle ne veut pas signer autrement son *Avertissement*, d'avoir pris l'initiative de rédiger ce volume; félicitons-la d'en avoir mené à bien l'existence et de l'avoir assuré d'une viabilité plus grande encore en acceptant la collaboration désintéressée de plusieurs médecins et en puisant aux sources documentaires les plus recommandables.

EDOUARD DESJARDINS



Un assortiment complet de LIVRES MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES,
comportant les dernières éditions et les ouvrages les plus
récents en provenance des Editeurs suivants:

F. Alcan - J. B. Baillière & Fils - G. Doin & Cie - Expansion
Scientifique Française - Gauthier Villars - A. Legrand
N. Maloine - Vigot Frères - Masson & Cie

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, *Edifice New Birks*, — MONTRÉAL

UNE MISE ELÉGANTE EST UN PLACEMENT

Pour obtenir cette sensation de sécurité et de bien-être que tous les hommes recherchent, il vous faut inciter les autres à requérir vos produits et vos services. Votre réussite, ou votre insuccès, dépend en grande partie de l'opinion des autres. Dans cette lutte pour la personnalité et le respect de soi-même, l'homme doit souvent s'en remettre à son apparence.

Confiez à Fashion Craft le soin de veiller sur votre apparence. Trente années d'expérience dans le domaine de l'élégance masculine sont votre garantie de satisfaction.

Lechasseur limitée

3 MAGASINS COMMODÉMENT LOCALISÉS
ET LEURS GÉRANTS

974 S^TE CATHERINE O.

M. Jos. Boulanger

281 S^TE CATHERINE E.

M. Jean Fortier

375 RUE S^TE JACQUES

M. Lechasseur

NOM **PYRIDIUM** DÉPOSÉ

POUR UNE AFFECTION RAPIDE ET EFFICACE À LA

BACTÉRIURIE

et

POUR LE SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES DOULOUREUX

dans les **INFECTIONS** du système **URINAIRE**

“L'action rapide que ce médicament exerce sur le développement des bactéries dans les infections du système urinaire aussi bien que des organes voisins doit être constatée pour être jugée à sa juste valeur. A moins que l'homme de laboratoire ne contrôle l'urine personnellement et quotidiennement par l'étude microscopique des sécrétions, il ne peut pas évaluer la valeur de l'agent dont il se sert. Invariablement on note une prompte amélioration de l'urine dans les vingt-quatre heures. Cette amélioration fut si prononcée qu'elle souleva l'enthousiasme dès le début. Jamais dans mes dix-huit années de pratique urologique n'ai-je vu un médicament agir sur la bactériurie avec autant d'efficacité et de rapidité que le Pyridium.”

Extrait de Published Clinical Reports.



MERCK & CO. LIMITED

Fabricants Chimistes

MONTRÉAL, QUÉ.